



# Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité

Ana Marques

## ► To cite this version:

Ana Marques. Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité. Sociologie. EHESS, 2010. Français. NNT : . tel-01243010

**HAL Id: tel-01243010**

**<https://theses.hal.science/tel-01243010>**

Submitted on 14 Dec 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

Discipline : Sociologie

Ana MARQUES

**Construire sa légitimité au quotidien :  
Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de  
Psychiatrie-Précarité**

**Thèse dirigée par Nicolas DODIER**

Soutenue publiquement le 5 mars 2010

**Jury :**

Maryse BRESSON

Professeure à l'Université de Versailles Saint Quentin

Daniel CEFAI

Maître de conférences à l'Université Paris X Nanterre

Nicolas DODIER

Directeur de recherche à l'INSERM, Directeur d'études à l'EHESS

Anne LOVELL

Directrice de recherche à l'INSERM

Serge PAUGAM

Directeur de recherche au CNRS, Directeur d'études à l'EHESS



*à Brigitte*

*à Izaltina*



## Remerciements

Cette thèse est le résultat d'un travail à la fois absolument individuel et fondamentalement collectif, car elle n'aurait pas vu le jour sans la participation d'un nombre extraordinaire de personnes. Il s'agit de participations très diverses : sur tout le long de l'aventure ou à des moments ponctuels ; certaines étaient actives sur le devant de la scène tandis que d'autres agissaient dans les coulisses, soutien tout aussi essentiel. Il y a eu ceux qui ne savaient pas très bien quel était le sujet de la thèse, mais qui m'ont encouragée et soutenue de leur présence, de leurs coups de pied au derrière, de leurs pots de confiture. Il y a eu ceux qui l'ont lue, qui ont pris le temps d'une discussion. Merci à Nadia Bousmah, Annie Cadenel, Cécile Erkert, Christine Fontaine, Jamal Khellad, Delphine Moreau, Stéphane Rullac, Livia Velpry. Je ne saurai nommer chacun, mais qu'ils soient ici tous remerciés.

Je suis reconnaissante à Nicolas Dodier de sa patience dans les moments difficiles, de son enthousiasme quand le travail avançait bien, de sa disponibilité et son soutien de tous les instants. J'ai bénéficié, sous sa direction, d'un cadre rigoureux et d'une grande liberté. Les échanges avec les chercheurs et les doctorants du GSPM ont également été précieux et surtout très agréables.

J'ai le plaisir de remercier celles qui m'ont lancée dans cette aventure, à l'école d'ergothérapie de l'Université de Sao Paulo et au Laboratoire interinstitutionnel Metuia, et plus spécialement Denise Dias Barros, professeur et amie.

Je remercie chaleureusement les personnes rencontrées sur le terrain : les équipes de l'Hôpital Esquirol et du Samu social de Paris, ainsi que les usagers de ces services. Et aussi, l'ensemble des équipes mobiles de psychiatrie-précarité, ainsi que les professionnels des équipes sociales que j'ai pu rencontrer au cours de ce travail. Un grand merci à mes collègues de l'EMPP, qui ont partagé avec moi cette route longue et aride. J'ai énormément appris d'eux et surtout, on a bien rigolé à la fin ! Je tiens également à exprimer ma gratitude à l'égard de Véronique Daoud et de l'équipe du Département d'Information Médicale de l'EPS de Ville Evrard : le soleil après la tempête !

Je souhaite citer tout particulièrement Christian Muller, Georges Nauleau et Laetitia Stéphan. J'ai à les remercier pour tellement de choses que je ne parviendrai pas à le formuler de façon satisfaisante.

Le démarrage de cette thèse a été possible grâce à un soutien financier du programme « Sciences biomédicales, santé, société » (CNRS/INSERM/MiRe, co-financement MGEN). Un séjour de recherche à l'étranger a été possible grâce au Réseau national des doctorants Santé et société, mis en place par la Maison des Sciences de l'Homme de Paris Nord et avec le soutien de la MiRe.

La famille, maintenant. Grand merci à mes parents : chacun à sa façon, vous avez été la toile de fond, le support technique et surtout l'éclairage, tout au long du parcours. A Rute, Toni et Walther, toujours présent pour le soutien moral et logistique. A Juliana, Gustavo et Flavio, parce que vous êtes sur la route avec moi depuis le début. Mes grands parents, mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines, si j'en suis arrivée là, c'est aussi grâce à vous. Victor et Laetitia : ça y est, j'ai fini ! Vous allez enfin savoir ce qu'est une maman « normale ». (ils comprendront vite que cela n'existe pas, mais ça, c'est une autre histoire...)

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DE FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRES.....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
1. Micropolitique dans une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP).....	13
2. Les acteurs concernés par cette étude : .....	19
3. Les concepts fondamentaux de l'analyse.....	34
<b>CHAPITRE 1 : METHODOLOGIE .....</b>	<b>41</b>
1. Le rôle de chargée de mission .....	42
2. La place du chercheur dans la littérature .....	44
3. Les outils méthodologiques de cette enquête : implications croisées entre mon rôle de chercheur et mon rôle de chargée de mission .....	52
3.1. L'observation participante.....	52
3.2. La participation observante .....	56
3.3. Les entretiens.....	61
a. Les conditions des entretiens : .....	63
b. Les critères de recrutement des interviewés.....	65
c. Quelques précisions à propos des entretiens dans la rue.....	69
3.4. L'analyse du matériau.....	70
<b>PARTIE I : L'EMERGENCE D'UN PROBLEME PUBLIC ET LA CREATION D'UNE SOLUTION .....</b>	<b>73</b>



## **CHAPITRE 2 – ARTICULER LE SOCIAL ET LE PSYCHIATRIQUE .....75**

1. Les principales réformes psychiatriques en Europe et aux Etats-Unis : un autre rapport entre la psychiatrie et le tissu social .....	78
2. La psychiatrie de secteur : le modèle français de psychiatrie dans la cité .....	84
3. La sectorisation des personnes sans-domicile : paradoxes de l'accès aux soins psychiatriques de droit commun.....	87
4. Sensibilisation récente de la société française à la problématique des personnes ayant des troubles psychiques et vivant dans les circuits de rue .....	97
5. Les Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP).....	106

## **CHAPITRE 3 - À PROPOS D'UNE EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE- PRECARITE (EMPP).....113**

1. Création et évolution de cette EMPP .....	113
2. Le travail de l'EMPP au quotidien .....	121
2.1. Le travail de rue.....	121
2.2. Le travail dans les centres d'hébergement d'urgence : .....	130
2.3. Au delà du travail dans la rue et dans les centres .....	135
3. La double intersticialité de l'EMPP .....	137
3.1 Double intersticialité et mobilité .....	138
3.2. Double intersticialité et identifications .....	140
a. Les trois modes d'identification de l'EMPP dans les structures sociales : .....	144
b. Les trois modes d'identification de l'EMPP dans la rue : .....	147

## **PARTIE II : LA DEMANDE D'INTERVENTION COMME OPERATEUR MICROPOLITIQUE OU A PARTIR DE QUAND INTERVENIR ?.....151**

## **CHAPITRE 4 : LA DEMANDE ET LA NON-DEMANDE COMME LEGITIMATEUR DES INTERVENTIONS DE L'EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE-PRECARITE (EMPP) .....157**

1. La demande comme légitimateur de l'intervention en psychiatrie générale ordinaire...160
2. L'absence de demande comme légitimateur de l'intervention des équipes sociales de rue  
.....167
  - 2.1 – La demande comme définition d'une population : « ceux qui ne demandent (plus) rien »167
3. L'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) : des interventions légitimées par la  
demande et par la non-demande .....181
  - 3.1. La non-demande ou « si vous voulez » .....182
  - 3.2. La demande, la non-demande et le refus .....190
- Conclusion du chapitre : .....193

## **CHAPITRE 5 : LA DEMANDE DES PARTENAIRES : L'ENTREE DE L'EMPP DANS LE PARTAGE DE POUVOIRS .....195**

1. Avant la demande : « on gère » .....196
  - 1.1 Les quatre critères participant au passage de « on gère » à « signalement ».....200
    - a. La possibilité d'accomplir ses missions .....200
    - b. La qualité des relations entre les partenaires et les intervenants de l'EMPP .....207
    - c. L'apprentissage effectué au cours d'expériences antérieures .....211
    - d. La conception que les partenaires ont des savoirs en présence .....214
  - 1.2. L'articulation des quatre critères participant au basculement de « on gère » à « signalement »  
.....217
2. Le signalement et les trois modes de prise en charge par l'EMPP .....225
- Conclusion du chapitre : .....228

## **CHAPITRE 6 : CREER UNE DEMANDE OU FAIRE ACCEPTER UNE PROPOSITION .....231**

1. De la nécessité de *créer une demande ou faire accepter* sur un plan pratique .....236
  - 1.1. Le risque de défection .....236
  - 1.2 La nécessité pratique de la participation active de l'utilisateur .....240
2. Les stratégies pour *créer une demande ou faire accepter* .....245

3. Baser son intervention sur le lien existant entre l'utilisateur et l'équipe partenaire .....	258
Conclusion du chapitre : .....	272

### **PARTIE III : LA LIMITE D'INTERVENTION COMME OPERATEURS**

<b>MICROPOLITIQUE OU JUSQU'OU INTERVENIR ? .....</b>	<b>275</b>
--	------------

#### **CHAPITRE 7 - LE PASSAGE DU RELAIS EN DOUCEUR .....**

1. La décision de passer le relais .....	282
2. La mise en route du passage de relais .....	298
2.1 Les désaccords sur la présence de troubles psychiques et sur la nécessité de soins : .....	299
2.2 Les désaccords sur « qui fait quoi » : .....	307
3. Le retrait de l'EMPP .....	312
3.1 Le paradoxe de la relation avec l'utilisateur : .....	315
3.2 Le paradoxe de la relation avec les intervenants relais : .....	318
3.3 L'intermittence des périodes de soins : .....	320
Conclusion du chapitre : .....	321

#### **CHAPITRE 8 : LES INTERVENTIONS SOUS CONTRAINTE .....**

1. Remarques sur le cadre légal .....	325
2. Remarques sur le cadre sociologique .....	329
3. Décider d'intervenir sous contrainte .....	334
3.1. Les trois conceptions des intervenants sur les hospitalisations .....	334
a. L'hospitalisation comme une <i>solution</i> : .....	334
b. L'hospitalisation comme un <i>risque</i> : .....	341
c. L'hospitalisation comme une <i>étape</i> .....	343
3.2. Des <i>faits argumentatifs</i> .....	347
4. Mettre en route l'intervention sous contrainte : .....	358
Conclusion du chapitre : .....	368

## CHAPITRE 9 : LES INTERVENTIONS DANS LE CADRE DES NON-RENCONTRES

.....	371
1. Les jamais trouvés par l'EMPP .....	374
1.1. Dans les centres d'hébergement .....	374
1.2. Dans la rue .....	377
2. Les perdus de vue .....	386
2.1. Les difficultés pratiques à la réalisation de la rencontre .....	386
2.2. L'histoire de la relation entre l'usager et l'EMPP .....	391
2.3. Périmètre légitime des recherches et secret professionnel .....	397
3. Les refus de contact .....	403
Conclusion du chapitre : .....	412
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>415</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>427</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>445</b>

Annexe 1 : Glossaire

Annexe 2 : Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Annexe 3 : Projet de note sur les principes à appliquer pour la sectorisation des patients en Ile-de-France. (ARHIF, 23 avril 2002)

Annexe 4 : Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Annexe 5 : Fiche d'intervention de l'EMPP

## **LISTE DE FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRES**

### Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition par sexe des « isolés » faisant appel au 115 parisien .....	28
Tableau 2 : Nombre d'entretiens par groupe d'acteurs .....	61
Tableau 3 : Nombre d'entretiens par métier et par groupe d'acteurs .....	62
Tableau 4 : Les lieux où les entretiens auprès des usagers se sont déroulés .....	68
Tableau 5 : Les visites sur site et les entretiens dans la rue .....	69
Tableau 6 : L'évolution du personnel de l'EMPP (en équivalent temps plein - ETP) :.....	116
Tableau 7 : La fréquence du travail de rue (moyenne par mois) .....	127
Tableau 8 : La distribution des références des activités par intervenant de l'EMPP .....	130
Tableau 9 : Une semaine type de 3 membres de l'EMPP.....	136
Tableau 10 : Les trois modes de prise en charge : .....	226
Tableau 11 : Exemples de services en fonction du travail d'« approvisionnement ».....	249
Tableau 12 : Les trois places possibles de l'EMPP et leurs risques d'illégitimité.....	420

### Liste de figures

Figure 1 : Qualification des interventions ou non-interventions en fonction de leur légitimité. .....	35
Figure 2 : Distribution géographique des structures sociales à Paris .....	95
Figure 3 : Distribution géographique des secteurs de psychiatrie à Paris .....	107
Figure 4 : Demande, non-demande et refus. ....	191

### Liste d'encadrés

Encadré 1 : Quelques chiffres sur les personnes rencontrées par l'EMPP .....	33
Encadré 2 : Les inconvénients sociaux d'une hospitalisation.....	287
Encadré 3 : Quelques notes sur la situation de M. Lemaire .....	362

## INTRODUCTION

Le fait que des personnes vivent et dorment dans la rue n'est pas nouveau. Depuis des siècles cette réalité a périodiquement fait l'objet de la préoccupation politique et sociétale avec des lois et des dispositifs pour les punir et/ou pour les assister. Puis, à d'autres moments, cette réalité a été ignorée. Le fait qu'il y ait des fous (ou des malades mentaux) parmi les personnes vivant et dormant dans les rues n'est pas nouveau non plus. Par ailleurs, fous et vagabonds, SDF et malades mentaux ont souvent été plus ou moins amalgamés au cours des siècles, à la fois dans les institutions et en dehors de celles-ci. Depuis une vingtaine d'années, cette population attire de nouveau l'attention de la société notamment de la classe politique et des sciences sociales. Ce sont d'abord les sans-domicile d'une manière générale, qui ont attiré l'attention, à partir du début des années 90, et qui ont fait l'objet d'études et d'actions diverses, en France et plus largement en Europe<sup>1</sup>, alors qu'aux Etats-Unis la question s'est posée une dizaine d'années plus tôt. Puis, progressivement, en France et aux Etats-Unis, c'est la présence de malades mentaux, parmi les sans-domicile, qui devient de plus en plus visible et qui se constitue en problème public, au point que des équipes mobiles spécialisées, dites de psychiatrie-précarité, ont été créées pour eux. Cette thèse se propose d'étudier la construction de la place d'une de ces Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP) dans le quotidien de ses interactions avec ses partenaires - du dispositif social et du dispositif psychiatrique – et avec les usagers de ces dispositifs, en partant de l'analyse de sa légitimation à intervenir et à ne pas intervenir dans ce contexte.

### 1. Micropolitique dans une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP)

Cette thèse est construite au carrefour de trois ensembles de recherche : les sciences sociales appliquées à la psychiatrie ; les études sur l'exclusion sociale, plus particulièrement celles sur les personnes sans-domicile ; et enfin, les travaux, peu nombreux, relatifs aux troubles psychiques des personnes sans-domicile. Je situerai les différents travaux des chacun de ces trois ensembles, avant de les articuler dans la suite de la discussion.

---

<sup>1</sup> La fondation, en 1989, de la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans abri (FEANTSA) en témoigne.

En ce qui concerne le domaine de la psychiatrie, les travaux de sciences sociales ont été conduits, dans un premier temps, comme une interrogation sur l'enfermement des malades mentaux, assortie souvent d'une vive critique de ses justifications ou de ses conséquences : généalogie de cet enfermement (M. Foucault, 1972), histoire des pratiques d'hospitalisation, et notamment de l'institutionnalisation de l'hospitalisation sous contrainte (R. Castel, 1976), étude de la condition du malade mental en asile (E. Goffman, 1968 ; A. Stanton et M.S. Schwartz, 1954). Ces travaux ont nourri une forte critique du pouvoir psychiatrique, qui s'est ensuite déplacée, avec les réformes psychiatriques telles que la psychiatrie communautaire aux USA et le secteur en France, vers la critique des nouvelles formes de pouvoir établies par les filets du secteur (R. Castel, 1981). Cet intérêt critique pour le pouvoir imposé par la psychiatrie sur les personnes identifiées comme des malades mentaux a connu ensuite une période de retrait. Des travaux se sont, en effet, attachés à entrer de façon plus approfondie dans le contenu des théories psychiatriques, et à élucider, de façon plus "compréhensive" la construction de l'individu que les pratiques psychiatriques pouvaient véhiculer (A. Young, 1995), en lien pour certaines avec des transformations de la société globale (A. Ehrenberg, 1998).

La nouvelle référence aux usagers relance, mais avec un déplacement notable, la thématique du pouvoir. Car la question, qui se retrouve aujourd'hui au centre des interrogations, n'est plus tant celle du pouvoir de la psychiatrie, au singulier, que celle de l'équilibrage des pouvoirs entre les différents acteurs qui interviennent de concert dans la prise en charge en santé mentale (patients ou usagers selon la façon dont on les qualifie, psychiatres, infirmiers, médecins généralistes, psychothérapeutes, travailleurs sociaux...). L'étude de ces équilibres de pouvoirs sera placée au cœur de l'analyse présentée dans cette thèse.

Des travaux se sont accumulés, également sur les transformations de la relation médecin-malade, dans d'autres domaines de la médecine, en particulier sur le passage d'un modèle paternaliste à un modèle de la décision partagée<sup>1</sup>. Les recherches relatives à la psychiatrie, menées dans ces perspectives, restent pour l'instant plus limitées. Certains travaux commencent néanmoins à étudier l'évolution de la place de l'utilisateur, comme par exemple l'ouvrage de Philippe Pignarre (1999) à propos de la "nouvelle place" liée à l'essor des

---

<sup>1</sup> Voir un bilan sur les modèles de relation médecin-malade dans N. Dodier (2004).

psychotropes. On dispose par ailleurs d'ethnographies qui cernent beaucoup mieux, en dehors de la problématique traditionnelle de l'asile, quelles sont aujourd'hui les marges de manœuvre des patients en santé mentale vis-à-vis des soins (R. Barrett, 1998 ; S. Estroff, 1998; P. Clément, 2001 ; L. Velpy, 2006 ; S. Jacqueline, 2006).

Le deuxième ensemble de textes concerne la situation des personnes vivant dans les circuits de rue. De nombreux travaux ont situé cette problématique dans le domaine de l'exclusion sociale, notamment à partir des années 90, quand l'expression a connu un grand succès dans le langage social comme dans le langage scientifique. Selon plusieurs auteurs, cette notion est tellement diffuse qu'elle ne peut avoir d'utilité scientifique. Elle recouvre, par exemple, autant les personnes vivant dans les cités HLM que les personnes vivant dans la rue, comme en témoigne les différents articles de l'ouvrage de Jacques Donzelot (1991) ou de celui de Serge Paugam (1996)<sup>1</sup>. Pourtant elle reste très présente, aussi bien dans le sens commun que dans les sciences sociales, ne fût-ce que comme une référence à partir de laquelle d'autres concepts sont élaborés. Ces auteurs essaient de préciser quelles sont les différentes réalités que cette notion recouvre, ainsi que les limites des différentes interprétations du phénomène (R. Castel, 1991 ; S. Paugam, 1996 ; D. Fassin, 2004).

Un autre aspect abordé par ces travaux est le déplacement et les transformations de la question du paupérisme, de l'inadaptation sociale, des inégalités sociales, de la nouvelle pauvreté pour arriver à la notion d'exclusion. Didier Fassin (2004) montre comment l'émergence de la notion d'exclusion fait que la population perçue comme inadaptée ou délinquante dans les années 80, donc responsable de ses malheurs, en vient à être perçue comme une population victime de la société et qui souffre, et comment ce nouveau état des choses change les politiques mises en place pour traiter la situation<sup>2</sup>.

Quant aux productions abordant spécifiquement les personnes vivant dans les circuits de rue, des travaux de sociologues et anthropologues<sup>3</sup> qui décrivent et analysent plus particulièrement les contours de cette population, leurs conditions de vie quotidienne avec un certain nombre de problématiques les caractérisant (alcoolisme, manque de repère dans le temps, absence de

---

<sup>1</sup> Cette diversité est également présente dans P. Bourdieu (1993), qui les rassemble, non pas sous le terme d'exclusion, mais sous le titre de misère du monde.

<sup>2</sup> Voir aussi H. Thomas (1997)

<sup>3</sup> Pascale Pichon (2000) propose une revue non-exhaustive mais « raisonnée » des recherches qualitatives produites sur ce sujet, en France, dans les années 90.



demande vis-à-vis des institutions sociales ou sanitaires), mais aussi les compétences développées pour pouvoir survivre dans cet univers (J. Damon et J.M. Firdion, 1996 ; A. Vexliard, 1998 ; J. Damon, 2002, S. Rullac, 2006); le rapport à l'espace – errance et fixation sur un territoire précis (G. Dambuyant-Wargny, 1999); leur rapport aux services et le fonctionnement des dispositifs eux-mêmes (P. Pichon, 1996 ; C. Soulié, 2000 ; J. Damon, 2002 ; S. Rullac, 2006). Dans ces travaux, on trouve parfois une discussion sur les raisons ayant conduit les personnes dans cette situation et ce qui aurait pu l'éviter, ainsi que sur les éléments qui permettent ou empêchent qu'elles s'en sortent, notamment avec un regard sur la façon de penser la prise en charge de cette problématique (H. Thomas, 1997 ; J. Damon, 2002, 2003 et 2007). Ce n'est que plus récemment que des travaux se sont concentrés sur les équipes mobiles sociales, qui interviennent dans la rue, comme c'est le cas des travaux de S. Rullac (2004), M. Breviglieri (à paraître) et D. Céfaï (à paraître). Du point de vue quantitatif, l'enquête SD 2001 de l'Insee et ses enquêtes complémentaires restent la seule référence en France. Dans la présentation de cette enquête, les résultats quantitatifs s'articulent avec les travaux qualitatifs précédents afin d'améliorer les connaissances dans le domaine, par exemple, à propos de la définition de la population sans-domicile et sans-abri, leur mode de vie, leurs rapports aux services qui leur sont proposés, entre autres.

Pour ce qui touche au croisement de ces deux problématiques, celle des personnes perçues comme souffrant de troubles psychiques et celle des personnes vivant dans les circuits de rue, les travaux d'Anne Lovell (1997) restent la principale référence. Ces travaux abordent autant les conditions de vie de cette population, dans les structures sociales et dans la rue, que leur rapport aux dispositifs psychiatriques, notamment les équipes mobiles de psychiatrie qui, dans les années 80, intervenaient auprès d'une population installée dans les rues d'une région noble de Manhattan. D'autres références, notamment des rapports ministériels (pour n'en citer que deux, le rapport Lazarus, Strohl et al. de 1995 et le rapport Parquet de 2003), ainsi que des textes écrits par des acteurs du terrain (J.P.Martin, 2000 ; J. Maisondieu, 1997) ou encore des périodiques spécialisés, tel « Rhizome », vont aborder des questions telles que la souffrance psychique/ la santé mentale de certaines populations (des travailleurs précaires, des jeunes des banlieues ou des RMistes, par exemple), les éventuelles particularités cliniques de cette population, la difficulté d'articulation entre le champ social et le champ sanitaire, et plus particulièrement psychiatrique (M. Jaeger, 2000 ; M. Autès et M. Bresson, 2001 ; M. Bresson, 2006).

Quant aux études psychiatriques concernant les vagabonds, dans un ouvrage de référence dans le domaine, Alexandre Vexliard (1998, 1<sup>e</sup> édition 1957) considère deux types de théories explicatives : l'une met l'accent sur la responsabilité individuelle et l'autre, sur la responsabilité collective de la société. *« Elles dominent tour à tour au cours de l'histoire, ou bien elles coexistent avec des nuances variées »* (p.156). Il articule ces deux types d'explication en reprenant les travaux de psychiatres sur les vagabonds depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle : *« sous l'impulsion d'Esquirol, (ils) ont eu tendance à voir tout d'abord dans le vagabond un malade mental, en principe incurable »* (p.176) *« On ne considérerait certes pas que tous les vagabonds étaient des psychopathes ou des névrosés, mais tout les cas de vagabondage devaient être examinés comme indiquant un déséquilibre probable. »* (p.177) Au début du XX<sup>e</sup> siècle, on considère que cela ressemble aux fugues, bien connues chez leurs patients, et non pas à un symptôme ou à une pathologie particuliers. Mais si le vagabondage est une chose anormale, du point de vue social, on déduit que le vagabond doit être un 'anormal' du point de vue psychologique<sup>1</sup>. Dans sa synthèse, A. Vexiliard montre que, s'il est vrai qu'on trouve beaucoup de malades mentaux parmi les vagabonds, on peut dire aussi que c'est parce que les malades mentaux ont des handicaps (notamment sociaux) qui les y amène, car on trouve aussi beaucoup plus d'estropiés, des pulmonaires, d'aveugles parmi les vagabonds que dans la population générale. Les maladies mentales seraient un handicap, parmi d'autres, qui favorisent le vagabondage, mais indirectement. C'est également le point de vue défendu par Maryse Marpsat (2000), quasiment 50 ans plus tard :

*« Les différentes études réalisées jusqu'à présent à l'Ined ont permis de mettre en évidence le rôle du contexte économique et social dans le développement du nombre de personnes sans-domicile : évolution de la situation économique d'ensemble, dévaluation de certaines qualifications, raréfaction des logements bon marché, modification des politiques sociales. Dans ce contexte global, les personnes les plus vulnérables courent le plus de risques d'être frappées par la perte de leur logement. »* (p. 21).

Les personnes ayant des troubles psychiques sont parmi les plus vulnérables - par leurs troubles, par la diminution du réseau social qu'ils peuvent entraîner, par leur faibles revenus

---

<sup>1</sup> Voir I. Hacking (2002) à propos des fous voyageurs.

(difficulté d'accès au travail, l'AAH) - et sont susceptibles d'avoir des problèmes de logement.

Malgré ces quelques études ou réflexions, il est souvent affirmé, dans les différents types de travaux, le manque de connaissances sur les divers aspects touchant à la santé mentale et à la population sans-domicile. Un exemple frappant est celui du rapport Chambaud qui, en 2007, révisé un certain nombre de travaux dans ce domaine, et met en évidence la nécessité de recherches relatives aux problèmes de santé, et notamment les problèmes psychiatriques des personnes sans-domicile et leur mode de prise en charge. On peut affirmer également que les études en sciences sociales sur la psychiatrie en se sont pas penchées sur cette population particulière. Dans leur analyse des transformations croisées du monde « psy » et des discours du social, N. Dodier et V. Rabearisoa (2006) affirment que « *si les notions de souffrance psychique ou de santé mentale deviennent emblématiques d'une nouvelle rencontre entre le monde psy et un discours du social particulièrement prégnant, la mise en place concrète de nouveaux dispositifs reste encore problématique* » (p.17). C'est précisément d'un nouveau dispositif résultant de cette nouvelle rencontre qu'il s'agira dans cette thèse : les Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité. Au carrefour de ces trois ensembles de travaux, cette thèse se propose d'étudier le travail politique concernant ce que j'appellerai le champ de la psychiatrie-précarité, c'est-à-dire la manière dont les acteurs problématisent la distribution des pouvoirs entre les différents protagonistes qui participent à la définition, la réglementation, et la production des interventions. Cette notion a été utilisée pour analyser les transformations politiques de la médecine liées à l'épidémie de sida (N. Dodier, 2003). Ces travaux portaient essentiellement sur l'analyse des débats publics. Un enjeu théorique de cette thèse est de mettre à l'épreuve son intérêt dans l'analyse des arènes locales. Il s'agit de cerner la micropolitique des pouvoirs dans le quotidien d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) et leurs rapports à ses partenaires et aux usagers.

## **2. Les acteurs concernés par cette étude :**

Cette étude se base fondamentalement sur les interactions de trois catégories d'acteurs : les membres de l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) ; les partenaires de cette équipe ; les personnes vivant dans les circuits de rue et présentant des troubles psychiques supposés ou avérés qui ont adressé une demande d'intervention à l'EMPP ou qui ont fait l'objet d'une telle demande. Il n'est pas aisé de définir chacune de ces catégories et, plus particulièrement, la troisième, raison pour laquelle il est nécessaire de s'y attarder davantage. Ainsi, après la présentation des deux premières catégories, j'aborderai la difficulté à définir les termes utilisés habituellement pour nommer la troisième, puis la difficulté à produire des statistiques permettant d'évaluer l'ampleur du phénomène et ses caractéristiques. Ensuite, je présenterai une discussion sur les problématiques qui ont conduit cette population à la rue. Et enfin, j'aborderai quelques-unes des principales caractéristiques de cette population. Cette vision globale sur la population permettra de mieux situer les dispositifs et les actions qui lui sont proposées, notamment l'EMPP. Je commencerai à chaque fois par une vision générale sur la population sans-domicile pour ensuite recentrer sur la population cumulant les problèmes de la vie dans les circuits de rue et les troubles psychiques.

Commençons par les deux premières catégories. La première est constituée des membres de l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) à partir de laquelle cette étude a été menée. Cette équipe est attachée à un hôpital psychiatrique public et est composée d'un psychiatre, d'un psychiatre à mi-temps, d'un médecin généraliste responsable de l'équipe, de deux ou trois infirmiers, d'une assistante sociale, d'une psychologue, d'un AMP<sup>1</sup>, d'une secrétaire et d'une chargée de mission. Créée en 1997, elle s'adresse aux personnes vivant dans les circuits de rue, pour une évaluation, un suivi et une orientation vers les structures de droit commun, plus particulièrement celles de soins psychiatriques. Elle s'adresse également aux équipes partenaires, notamment sous la forme de conseil et soutien. L'équipe intervient dans les rues parisiennes et dans des structures sociales, notamment les Centres d'Hébergement d'Urgence

---

<sup>1</sup> AMP : Aide Médico-Psychologique (voir note dans le glossaire en annexe).

(CHU) et Lits Halte Soins Santé (LHSS) gérés par un Groupement d'Intérêt Public (GIP), que j'appellerai l'Institution Sociale Partenaire<sup>1</sup>. J'y reviendrais dans le détail dans le chapitre 3.

La deuxième catégorie, celle des partenaires, est composée des personnes qui travaillent dans des services de psychiatrie (psychiatres, infirmiers, assistantes sociales) ou dans des structures du dispositif social (médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux de différents types, bénévoles), plus particulièrement les équipes de l'Institution Sociale Partenaire. Par la suite, je dirai partenaires du social ou partenaires psychiatriques, non pas en fonction du métier des personnes concernées mais en fonction de la nature de l'institution où ils exercent. Ainsi, un infirmier sera un partenaire du social, s'il travaille dans un LHSS de l'Institution Sociale Partenaire, ou bien il sera un partenaire psychiatrique, s'il travaille dans un secteur de psychiatrie.

Il s'agit d'une catégorie assez hétérogène, comprenant bénévoles et salariés, différents statuts dans les institutions (sont partenaires autant le directeur que l'animateur) et différents degrés de professionnalisation dans le domaine. Ainsi, plusieurs équipes partenaires sont entièrement composées de bénévoles, même si certains de ces bénévoles sont ou ont été, par ailleurs, des infirmiers, des assistants sociaux, des médecins. D'autres équipes ont des salariés en poste de coordination ou quelques-uns sur le terrain, mais reposent très largement sur le bénévolat. Ensuite, la professionnalisation est souvent donnée uniquement par le fait que l'intervenant soit salarié, mais il n'a pas un diplôme attestant de compétences professionnelles pour intervenir dans ce domaine : autrement dit, l'intervenant est travailleur social parce qu'il a une fiche de paie de travailleur social. Viennent enfin les équipes formées par des professionnels salariés - assistants sociaux, éducateurs spécialisés, infirmiers, médecins – même si éventuellement des bénévoles viennent les renforcer. Il est possible que les changements dans la composition des équipes (présence de plus en plus importante de professionnels salariés et diplômés dans le domaine), dans une pratique fondée par des bénévoles, ait contribué à créer les conditions de légitimation des professionnels à intervenir dans ce contexte, comme nous allons le voir dans le chapitre 2.

---

<sup>1</sup>J'appellerai ainsi cette institution, avec les initiales en majuscule, pour faire la différence avec toute autre institution partenaire. Si je n'utilise pas son nom, ce n'est pas par un souci d'anonymat, mais pour éviter que mes analyses restent cantonnées à cette institution qui, elle, n'a pas fait l'objet d'observations et d'analyses spécifiques.

La troisième catégorie est formée par les personnes rencontrées par celles de la première catégorie (l'EMPP) - ou susceptibles de l'être –, généralement à la demande de celles de la deuxième (les partenaires). Il s'agit de personnes vivant dans les circuits de rue et qui ont - ou sont supposées avoir - un trouble psychique ou des formes plus diffuses de souffrance psychique. Cela semble clair, mais immédiatement la question se pose de savoir quelles sont les personnes rencontrées par les partenaires ? Et, parmi celles-là, quelles sont celles qu'ils signalent à l'EMPP ?

Il est désormais classique de commencer les textes concernant cette population par le constat de la difficulté à la nommer. Clochard, vagabond, mendiant, sans abri, exclu, précaire, SDF, sans toit stable, sans-domicile : il est bien connu que les termes sont multiples pour désigner cette population<sup>1</sup>. Des termes qui ont été plus utilisés à tel ou tel moment de l'histoire, mais qui sont tous aussi flous les uns que les autres dans la définition des personnes concernées. Cette population est donc réputée pour être difficile à définir, notamment du fait de l'hétérogénéité des problématiques présentées par les personnes censées en faire partie. Comme le dit Patrick Declerck (2001) :

*« D'emblée, on se heurte à une carence langagière. Clochards ? Nouveaux pauvres ? SDF ? Errants ? Zonards ? Exclus ?... Les mots, nombreux et tous aussi insatisfaisants les uns que les autres, masquent et révèlent à la fois que ces sujets ne peuvent être nommés ». (p.285)*

Julien Damon (2002) a retenu le terme SDF car, selon son étude à partir des dépêches AFP, c'est le terme le plus usité dans le débat public depuis les années 90. Il précise que ce terme :

*« rassemble et agrège désormais les significations de sans-logis (privé de logement), de sans-abri (victime d'une catastrophe), de clochard (figure pittoresque n'appelant pas d'intervention publique structurée), de vagabond (qui fait plutôt peur), ou encore de mendiant (qui sollicite les personnes dans l'espace public). » (p. 570)*

---

<sup>1</sup> A propos de l'évolution de ces termes, voir C. Brousse (2005).

Concernant un autre terme, celui d'exclu, Robert Castel (2003) montre comment des réalités très différentes se cachent sous une même appellation :

*« Les 'exclus' sont des collections (et non des collectifs) d'individus qui n'ont rien d'autre en commun que de partager un même manque. Ils sont définis sur une base uniquement négative, comme s'il s'agissait d'électrons libres complètement désocialisés. Ainsi, identifier sous le même paradigme de l'exclusion par exemple le chômeur de longue durée et le jeune de banlieue en quête d'un improbable emploi, c'est faire l'impasse sur le fait qu'ils n'ont ni le même passé, ni le même présent ni le même avenir et que leurs trajectoires sont totalement différentes ».*  
(p.47)

Déjà au début du XX<sup>e</sup> siècle, G. Simmel (1998) montrait, dans d'autres termes que R. Castel et concernant une autre catégorie, les pauvres, que ceux-ci sont constitués comme une collection - plutôt qu'ils ne se constituent comme un collectif – non pas à partir de ce qu'ils sont mais à partir de l'assistance dont ils font ou devraient faire l'objet. Selon lui : *« Ce groupe ne demeure pas uni par l'interaction de ses membres, mais par l'attitude collective que la société, en tant que tout, adopte à son égard »* (p.98)

Plusieurs définitions ont essayé de préciser certains de ces termes pour permettre des enquêtes à partir des services offerts à telle ou telle population. Ainsi, l'enquête de l'Insee - enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds (SD, 2001) - définissait les sans-domicile comme *« les personnes qui ont passé la nuit, un jour donné, dans un lieu non prévu pour l'habitation, ainsi que celles qui sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation »*. En font partie les sans-abri, entendu par l'INSEE comme étant les personnes vivant dans la rue ou dans un lieu non prévu pour l'habitation<sup>1</sup>. Cette enquête ne fait pas l'impasse sur les difficultés de définition de la population enquêtée et les limitations de la définition retenue. De même, le rapport Chambaud (IGAS, 2007) fait part de ce type de difficulté et reprend un certain nombre de définitions utilisées dans différents travaux, en France, en Europe. Etant donné que ce rapport répondait à la nécessité d'*« affiner les connaissances quantitatives et qualitatives des personnes sans abri à Paris et en Ile de France, afin d'améliorer la palette de*

---

<sup>1</sup> Voir C. Brousse (2006) pour le détail de la construction de ces définitions.

*solutions d'urgence adaptées* » (p.2), il définit le terme sans abri comme correspondant aux personnes vivant dans la rue et reprend la définition de l'enquête SD 2001 pour le terme sans-domicile. Par ailleurs, la définition de sans-domicile de l'enquête SD 2001 ressemble à celle de *homeless* habituellement utilisée aux Etats-Unis : « *sleeping overnight in a shelter or a public space* » (E. Susser et al., 1989)

Etant donné ces problèmes de définition et partant du principe qu'il s'agit d'utiliser une définition qui soit cohérente avec la réalité et opératoire pour ma recherche, j'ai choisi d'utiliser l'expression « personnes vivant dans les circuits de rue » pour me référer à la population plus générale dans laquelle s'inscrit celle rencontrée par l'EMPP. Cette définition se base non pas sur ce que les gens (s)ont ou pas, mais sur les services qu'elles utilisent ou n'utilisent pas. Elle met l'accent sur la diversité et la dynamique des situations de la population rencontrée par l'EMPP, vis-à-vis de ces services et particulièrement de l'hébergement. Par exemple, certaines de ces personnes vivent dans la rue, dans un territoire précis, parfois sur un site bien précis d'où elles ne sortent que très rarement. Elles n'utilisent pas de structures telles que les centres d'hébergement, les distributions de repas, les accueils de jour, les lieux de soins et ne sont rencontrées que par les équipes de rue. Certaines au contraire, n'ont que rarement dormi à la rue, voire jamais, et sont le plus souvent hébergées dans des structures prévues pour accueillir cette population, parfois en alternance avec des dépannages chez des amis, la famille ou les chambres d'hôtel. D'autres encore passent l'été plutôt dans la rue - sans site précis, errantes d'un quartier à l'autre, parfois d'une ville à l'autre - et l'hiver plutôt en hébergement – une semaine dans une structure, une nuit dans l'autre, un mois dans une troisième structure et ainsi de suite. Il n'est pas rare que des personnes tournent parmi les structures d'une même institution sociale ou d'institutions sociales différentes : de la rue et l'accueil de jour à l'hébergement d'urgence, puis au CHRS collectif et au studio puis retour à la case départ. Bref, il existe une grande variété de situations de ces personnes par rapport aux services qui les rencontrent, variété d'une personne à l'autre et, souvent, pour la même personne au fil du temps. L'expression permet de mettre en valeur cette variété et cette dynamique, qui sont fondamentales pour comprendre le travail de l'EMPP.

Ces personnes vivant dans les circuits de rue constituent une population dont fait partie celle concernée par l'EMPP. Je disais plus haut que la troisième catégorie d'acteurs de cette étude était constituée des personnes vivant dans les circuits de rue et présentant des troubles



psychiques supposés ou avérés qui ont adressé une demande d'intervention à l'EMPP ou qui ont fait l'objet d'une telle demande<sup>1</sup>. Cela peut être quelqu'un rencontré une seule fois dans la rue ou dans un centre d'hébergement et que l'on ne verra plus pendant des mois ou plus du tout ou, au contraire, qui sera suivi pendant des années ; cela peut être une personne qui n'a aucun trouble psychique mais pour qui une demande d'évaluation a été faite ou alors une personne déjà sectorisée et en rupture de soins ou encore une personne qui n'a jamais été suivie en psychiatrie mais qui présente des troubles psychiques ; elle peut présenter des troubles psychiques graves et avérés ou des formes plus diffuses de souffrance psychique ; cela peut être une personne qui vit dans la rue depuis dix ans ou bien qui vient d'y atterrir et qui s'en sortira vraisemblablement très rapidement. En synthèse, cela peut être des fous, des peut-être fous et même des pas fous du tout ; des sans-domicile enracinés, éventuels ou accidentels et tous les statuts intermédiaires. C'est cette population qui relève à la fois du social et potentiellement du psychiatrique, ne fût-ce qu'à titre de prévention. Comment nommer cette population dans son rapport à l'EMPP ? Patients, usagers, personnes rencontrées, personnes signalées ? Encore une fois, tous ces termes semblent insatisfaisants.

Le terme patient pourrait être utile parce qu'on appelle généralement « patient » tous ceux qui sont en relation avec un soignant, indépendamment de l'existence d'une maladie. Par exemple, je suis patiente du Dr Dupont, mon médecin traitant, même quand je ne suis pas malade. Aussi, une personne ayant été en contact avec un secteur de psychiatrie est-elle considérée comme sa patiente pendant cinq ans, même si elle ne s'y est plus rendue depuis ce contact. Cependant, les personnes rencontrées par l'EMPP ne se sont pas toujours rendues d'elles-mêmes à ces rendez-vous, surtout lorsque c'est cette équipe qui vient les rencontrer dans la rue, et parfois ne savent même pas qu'elles rencontrent un professionnel de santé. Difficile dans ce contexte de les appeler patients.

Le terme « usager » semble être le plus opérationnel dans cette enquête, dans le sens d'usager d'un service public, ce qu'est le cas de l'EMPP. Le fait qu'une personne rencontre l'EMPP ne suffit pas pour dire qu'elle a utilisé ce service à proprement parler. En effet, la personne et l'intervenant ont pu seulement échanger des banalités et des salutations. L'intervenant a peut-

---

<sup>1</sup> Je m'inspire beaucoup ici des discussions qui ont préparé le SROS III (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire), notamment des notes détaillées dans mon journal de terrain concernant la réunion du 19 mai 2004, où il était question de la définition de la population des EMPP. Une vingtaine de responsables et membres de différentes EMPP de l'Ile de France participaient à ces réunions.

être pu obtenir des éléments pour évaluer l'état psychique de la personne, mais peut-on dire que cette personne a utilisé les services de l'EMPP ? Le plus souvent, lorsque la personne n'est pas régulièrement suivie par l'EMPP, je préférerai utiliser le terme « personne rencontrée ». Au pire, lorsque la personne n'a pas été rencontrée par l'EMPP, donc ne peut pas être considérée comme ayant utilisé ses services, elle peut être considérée comme usager des services qui l'ont signalée à l'EMPP : équipe de rue, centre d'hébergement, secteur de psychiatrie. Mais ce n'est pas toujours le cas, car parfois la personne n'a jamais utilisé ces services et refuse toute aide. Dans ce cas, je dirai « la personne signalée ». Ainsi, tout usager est une personne signalée mais toute personne signalée n'est pas un usager. Ainsi, pour simplifier l'expression « personne vivant dans les circuits de rue et présentant des troubles psychiques supposés ou avérés qui ont adressé une demande d'intervention à l'EMPP ou qui ont fait l'objet d'une telle demande » j'utiliserai le plus souvent le terme usager (dans le sens d'usager des services de l'EMPP ou des structures partenaires) et, en fonction des situations plus restreintes, personne rencontrée ou personne signalée.

Concernant les différentes études quantitatives relatives à l'interface des champs social et psychiatrique, on retrouve, encore une fois, le problème de la définition des populations : chacune a ciblé sur des populations différentes, plus ou moins définies et plus ou moins larges. Anne Lovell (1996a) étudie des équipes qui ciblent une population de homeless à pathologie mentale lourde (selon la qualification des intervenants)<sup>1</sup>. Dans un autre article, à propos de l'évaluation de services du type outreach aux Etats-Unis, la population ciblée est désignée comme étant celle des « mentally ill homeless persons » (S.M. Barrow et al., 1991). L'enquête de V. Kovess et C. Mangin-Lazarus (1996), à son tour, cherchait à connaître la prévalence des principaux problèmes de santé mentale dans la population de sans abri de Paris. Le terme utilisé est sans abri, mais elle le définit comme « *quelqu'un qui utilise comme ressource un centre d'hébergement pour dormir ou qui se déclare sans domicile fixe à un point-repas* ». Ce n'est donc pas la même définition de sans abri que l'enquête de l'INSEE, mais elle ressemble plutôt à la définition de sans domicile de l'enquête SD 2001. Dans leur article, les auteurs se réfèrent aux enquêtés comme personnes interviewées.

Avant de fournir les quelques chiffres dont on dispose pour dénombrer et décrire les populations, il est important de faire part rapidement de toute une discussion à propos de

---

<sup>1</sup> Comme nous l'avons vu, les EMPP françaises ne ciblent pas sur la gravité des pathologies.

l'intérêt et les risques que les démarches quantitatives représentent pour ceux qui en attendent les résultats et pour les personnes enquêtées. Ainsi, une partie de l'ouvrage Rue et Foyer (M. Marpsat, J.M. Firdion et al, 2000), soit 3 chapitres, aborde « *les problèmes indissociablement méthodologiques et éthiques auxquels sont confrontés les chercheurs dans des études de ce type* » (p.19). Il s'agit par exemple de la préservation de l'intimité des enquêtés ; de la constitution d'une base de sondage ; des particularités dans le recrutement des enquêteurs et des enquêtés ; de la représentativité des données obtenues ; de l'interprétation des différents chiffres obtenus par différentes études en fonction des définitions utilisées, de leurs objectifs et de leurs méthodes ; du classement des situations très hétérogènes rencontrées dans ces études et leur rapport à l'ensemble de la population générale. Ils montrent également la co-existence d'une pression sociale pour avoir des chiffres à ce sujet et à la fois, d'une critique sur la possibilité de les obtenir et même sur leur intérêt. Par ailleurs, cet ouvrage compte un chapitre préalable au sujet des enquêtes statistiques aux Etats-Unis concernant cette population. Il reprend tout le débat américain des années 80 autour de cette question, qui a lancé la controverse sur le nombre de sans-domicile (la bataille des chiffres), et qui a abouti à la nécessité de produire des chiffres valables. Il discute également les différentes méthodologies utilisées dans les études américaines.

Il est souvent affirmé que les chiffres ont un usage à double tranchant. Pour les défenseurs des sans-domicile, ils sont un outil pour frapper l'opinion publique et faire pression sur les décideurs. Ils utilisent des catégories plus larges qui donnent des chiffres plus élevés, par exemple en comptant le nombre de personnes sans-domicile dans l'année. Cela sert par exemple à montrer l'ampleur du phénomène, qui ne concerne pas que quelques pauvres oisifs (destigmatisation), et qui en appelle à une politique de la part de l'Etat. En revanche, les décideurs peuvent préférer des catégories plus restreintes, une méthodologie basée sur une temporalité réduite (par exemple, une enquête sur un jour donné), car cela peut servir à montrer qu'il s'agit d'un phénomène résiduel et justifier de quelques actions ponctuelles laissant entier le fond de la question<sup>1</sup>. Voyons maintenant ce qui peut se dégager des études statistiques disponibles ayant trait à cette population. J'exposerai d'abord les études sur la population sans-domicile<sup>2</sup> et ensuite celles sur la population ayant trait à la psychiatrie parmi les sans abri<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir à ce sujet J. Damon et J.M. Firdion (1996).

<sup>2</sup> Je n'aborderai pas les chiffres produits par les institutions sociales ou sanitaires dans leurs rapports d'activité. D'une part ce serait mettre à côté les uns des autres des chiffres qui ne peuvent pas être comparés. Ensuite, il

L'enquête de l'INSEE SD 2001 montraient que, dans une semaine du mois de janvier 2001, 93.000 personnes avaient fréquenté les services d'aide (hébergement ou distribution de repas chauds) au moins une fois et, parmi eux, on pouvait estimer à 86.000 le nombre de personnes sans-domicile au sens de l'enquête (personnes qui ont passé la nuit précédente dans un centre d'hébergement ou dans un lieu non prévu pour l'habitation) : 70.000 adultes et 16 000 enfants les accompagnant. Cette enquête n'a pas accédé aux personnes qui ne fréquentent pas ces services, par exemple les personnes qui vivent dans la rue et qui ne fréquentent pas les distributions de repas chaud ou celles qui sont contraintes d'être hébergées par des tiers (M.T. Join-Lambert, 2006). Selon cette étude, cette population est majoritairement composée d'hommes (seulement 17% de femmes), 70% sont isolés (vivent seuls et sans enfant), 61% ont entre 35 et 59 ans, la moitié n'a aucun diplôme. En 2006, avec la définition de sans abri, l'INSEE estime leur nombre à 14.600, dont 13.700 en métropole (L. Richet-Mastain, 2007). On voit ainsi l'impact de la définition sur le dénombrement.

Les chiffres du 115 parisien<sup>2</sup>, publiés par la MIPES<sup>3</sup>, concernant les personnes isolées (c'est-à-dire celles qui ne sont pas prises en charge en couple ou avec des enfants) qui font appel à ce service, montrent que leur âge moyen est en progression entre 35,7 ans en 1999 et 39,9 ans en 2006. Ils montrent également que 80% de cette population est composée d'hommes depuis 2004 et que la proportion des femmes ayant recours à ce service a augmenté en comparaison aux années précédentes (13,8% en 1999 contre 20,4% en 2006)<sup>4</sup>.

---

s'agit de chiffres produits selon la logique et les nécessités de chaque institution et rarement avec une méthodologie scientifique validée. Les seules chiffres d'une institution particulière auxquels je fais référence sont ceux du 115 parisien, qui ont été produits par l'Observatoire du Samu social.

<sup>1</sup> Il est à remarquer l'absence d'études, qualitatives ou quantitatives, essayant de dénombrer ou classifier la population sans abri ou sans domicile (selon les définitions de SD 2001) parmi les usagers de services de psychiatrie. Si ces études sont absentes dans les sciences sociales et même dans l'épidémiologie, des chiffres existent, produits par les Départements d'Information Médicale des hôpitaux psychiatriques (EPS), mais sans aucune discussion sur le recueil de cette information, sur la fiabilité des données et sans discussion quant aux possibles interprétations.

<sup>2</sup> Le 115 de Paris est un numéro national départementalisé d'urgence et d'accueil des personnes sans abri. Il est gratuit et accessible 24h/24, tous les jours de l'année. La gestion du 115 de Paris est assurée par le Samusocial de Paris.

<sup>3</sup> Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France *Recueil Statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Ile-de-France*. Préfecture de la Région Ile-de-France, 2006.

<sup>4</sup> Voir C. Amistani (2001, 2003) à propos de la situation spécifique des femmes sans-domicile.

Tableau 1: Répartition par sexe des « isolés » faisant appel au 115 parisien

Année	Hommes	Femmes	Total
1999	10 928 (86,2%)	1746 (13,8%)	12.674
2000	9 379 (85,5%)	1847 (16,5%)	11.226
2001	10 585 (85,4%)	1813 (14,6%)	12.398
2002	9 704 (83,6%)	1909 (16,4%)	11.613
2003	10 338 (81,7%)	2318 (18,3%)	12.656
2004	8 839 (80%)	2210 (20,0%)	11.049
2005	8 797 (79,6%)	2250 (20,4%)	11.047
2006	7 195 (79,6%)	1838 (20,4%)	9.033

Source : Observatoire du Samu social de Paris, octobre 2007 In : Mipes, 2006.

Le rapport Chambaud (2007) met en évidence la nécessité de recherches sur les problèmes de santé, et notamment les problèmes psychiatriques des personnes sans-domicile, ainsi que leur mode de prise en charge (p.12 et annexe 8, recommandations 25 et 26). Dans l'annexe 8 de ce rapport, on trouve une réflexion sur la santé des sans-domicile. Il est dit que si la question de l'impact des inégalités sociales sur la santé a été étudiée depuis les années 80, peu d'éléments sont disponibles à propos de la santé des personnes sans-domicile. Des éléments disponibles notamment à propos de la surmortalité de cette population, leur morbidité, la fréquence de certaines pathologies somatiques, la surconsommation de certaines substances, leur alimentation et la prévalence de troubles psychiatriques. Des études montrent, par exemple, un taux de mortalité très élevé et une espérance de vie sensiblement inférieure des personnes sans abri comparé à la population générale. A propos des troubles psychiatriques, ce rapport précise que leur prévalence est source d'interrogations répétées, que les informations disponibles sont insuffisantes et que des « *études mériteraient d'être conduites, à la fois pour préciser l'importance et les caractéristiques des problèmes de santé mentale et des problèmes psychiatriques de ces personnes, qu'elles soient sans abri ou dans des structures d'accueil, mais également pour évaluer l'incidence qu'a pu avoir la réduction de la capacité des lits en psychiatrie sur l'errance de certains publics* ». (p. 120) Ce rapport traite également des problèmes de l'accès au système de soins, du retard au diagnostic et de l'observance au traitement. Il montre que le constat a été fait aux Etats-Unis et en France, que les hospitalisations sont plus nombreuses et plus longues chez cette population. Cependant, il

signale un changement important du contexte depuis la mise en place des PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) en 1998.

La seule enquête disponible en France, abordant conjointement et spécifiquement la psychiatrie ou la santé mentale d'une part et les populations sans-abri ou sans-domicile d'autre part, a été menée en 1996. Les objectifs de cette enquête étaient de connaître la prévalence des principaux problèmes de santé mentale dans la population des sans-domicile de Paris et de décrire cette population suivant quelques axes sociodémographiques. Le type d'information est assez différent de ce que l'on obtient sur SD2001, ce qui rend la comparaison difficile. Par exemple, l'enquête santé mentale indique que 96,6% des interviewés ont travaillé et que 60,7% ont travaillé plus de 10 ans ; 17,5% ont été placés dans l'enfance ; elle ne donne pas de chiffres sur le sexe et l'âge. L'enquête SD 2001 ne donne pas ces informations. Par contre, le niveau de diplôme est renseigné dans les deux enquêtes et l'on remarque que les personnes concernées par l'enquête santé mentale est légèrement plus diplômée : 33,5% n'en ont aucun (46% en SD 2001) et 19,7% ont plus que le baccalauréat (17% en SD 2001).

Les chiffres relatifs à la maladie mentale sont très élevés, d'une part du fait de la définition large (problèmes de santé mentale) et, d'autre part, du fait de la recherche de la prévalence des troubles sur toute la vie et sur les derniers 6 mois. Ainsi, les résultats montrent 16% de personnes présentant des troubles psychotiques, schizophrénies et troubles délirants chroniques certains dont 5,8% de troubles actuels, 41% de troubles de l'humeur dont 23,7% de troubles actuels. Les auteurs arrivent à affirmer que, au total 78% des personnes sans abri ont présenté un problème psychiatrique, à un moment ou à un autre de leur vie, si on inclut les troubles de personnalité. Un tel pourcentage risque d'amener à des conclusions rapides qui renforceraient les amalgames entre les personnes sans-domicile et celles présentant des troubles psychiatriques. Il serait utile de discuter dans le détail la méthodologie de l'étude, surtout autour des outils diagnostics et de la manière dont les questionnaires ont été passés, mais cela dépasse le cadre de ce travail. Je me permets seulement de soulever quelques points basés sur mes observations, puis sur les études menées par Anne Lovell et ses collègues.

A propos des diagnostics et de la manière dont ils sont posés, au cours de mes observations, j'ai pu constater la difficulté de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques expérimentés à la

fois au travail psychiatrique classique et à celui dans le contexte particulier de la rue, à établir des diagnostics psychiatriques même après plusieurs rencontres avec la personne. A. Lovell et al. (1992a) exposent un certain nombre d'éléments questionnant la fiabilité et la validité des enquêtes sur la santé mentale des sans-domicile, à partir de plusieurs études réalisées aux Etats-Unis, avec méthodologies et instruments différents (dont le DIS utilisé par l'enquête de V. Kovess et C. Mangin-Lazarus). Cet article montre, par exemple, l'influence sur les résultats des enquêtes de la qualité et la quantité d'informations dont dispose l'enquêteur sur la personne interviewée, du temps qu'il passe avec elle, des connaissances de l'enquêteur sur la maladie mentale et sur la vie dans les circuits de rue. Il est donc possible d'interroger la validité de diagnostics établis, dans le contexte des circuits de rue, par questionnaires ou par des entretiens avec des psychiatres, si ceux-ci rencontrent la personne une seule fois et/ou s'ils n'ont pas l'habitude de rencontrer cette population. Anne Lovell (1996a) explique cette difficulté à évaluer si les personnes ont un trouble psychique dans ce contexte :

*« les effets de contexte et les symptômes psychopathologiques sont parfois difficiles à séparer. Ainsi, certains des indicateurs qui entrent dans les grilles de diagnostic, tels les problèmes d'appétit, de sommeil, une mauvaise hygiène, des sentiments paranoïaques ou dépressifs, peuvent très bien être induits par le contexte et disparaître avec lui – une fois la rue quittée » (p. 65).*

Ainsi, *« the validity of a diagnosis of psychiatric impairment must be questioned when signs of the impairment cannot be separated from signs of the effects of life on the street »*. (A. Lovell, 1992a, p.389). Dans un autre article (1992c), cette auteure analyse un certain nombre de recherches sur la maladie mentale chez les sans-abri aux Etats-Unis qui lui permettent d'affirmer que la question de la maladie mentale chez les sans domicile ne peut véritablement recevoir de réponse précise. Elle cite une étude de D.A.Snow qui remarque que les sujets observés présentent des comportements très congruents par rapport au contexte, dans une approche très relativiste, interactionnelle même de la maladie mentale. Cette étude évalue à 3% le taux de maladie mentale chez les sans-domicile. Elle montre par exemple que les hommes qui arrivaient pour la première fois dans un centre d'hébergement avaient des scores nettement plus élevés sur les échelles de dépression que les hommes qui y étaient depuis

longtemps<sup>1</sup>. Néanmoins, ces études, quelle que soit la méthodologie, indiquent la présence d'un taux nettement supérieur de pathologies mentales lourdes chez les personnes sans domicile<sup>2</sup>, par rapport à la population générale.

Ceci ne donne, par contre, aucun élément permettant d'établir un lien de causalité : est-ce la rue qui rend fou ou est-ce la folie qui conduit à la rue ? Quels sont les facteurs permettant de comprendre l'étiologie du phénomène : les défaillances des services sociaux, des services de psychiatrie, le chômage, le manque de logements accessibles ?

Aux Etats-Unis, l'augmentation du nombre de malades mentaux parmi les sans domicile fixe ou sans abri a fait l'objet de nombreuses études et théories depuis le début des années 80. Dans leur analyse des études américaines à ce sujet, V. Kovess et C. Mangin-Lazarus (1996) mettent en évidence les carences des services de santé mentale comme d'importantes causes de ce phénomène :

*« - la désinstitutionalisation et plus particulièrement l'absence de ressources alternatives à l'hospitalisation et de prises en charge extrahospitalières lors de la fermeture des lits ;  
- les barrières à l'accessibilité des services en particulier la sectorisation géographique des services de santé mentale, l'inadéquation des services et l'absence de délimitation des responsabilités entre les différents secteurs d'intervention » (p.17).*

D'autres éléments ont été pointés par ces auteurs<sup>3</sup> mais ils n'ont pas été discutés. Ainsi, elles affirment que *« l'itinérance serait l'aboutissement des relations déficientes avec le système de santé »* sans prendre en compte les autres aspects. Selon cet article, il semble établi que, dans la majorité des cas, la maladie mentale et le contact avec les services de psychiatrie a précédé

---

<sup>1</sup> Pour plus de détails concernant fiabilité et validité dans les enquêtes sur santé mentale des personnes sans-domicile, voir A. Lovell et al (1992a).

<sup>2</sup> Entre 25% (R.C.Tessler & D.L. Dennis, 1989 cités par A. Lovell, 1996a) et 33% (A. Lovell, 1992c) environ. Les taux en population générale varient également, en fonction notamment des méthodes utilisées et des pathologies considérées. Par exemple, il est classiquement admis à 1% le taux de schizophrénie en population générale. Pour l'incidence de la dépression, l'OMS retient un taux de 3% de la population mondiale mais ce chiffre peut arriver à 15% en France (D. Barbier, 2003).

<sup>3</sup> Des éléments liés au contexte social (baby-boom, chômage, diminution des programmes sociaux, raréfaction des logements à prix modiques) et liés à la genèse de l'itinérance (placements pendant l'enfance, avoir été victime de violences notamment sexuelles, consommation de drogues...).



l'arrivée à la rue et que ce constat pose « *de graves questions au système de soins, en particulier celle de ses capacités à éviter que les malades mentaux ne deviennent SDF* ».

Sans vouloir nier ces aspects, il est nécessaire de les mettre en perspective avec les études américaines analysées par E. Susser et al. (1989), dans l'idée de penser l'articulation des différents aspects participant au phénomène en question. Elles montrent que la désinstitutionalisation (forte diminution du nombre de lits psychiatriques avec transfert de cette population dans des structures telles que long séjour, hôtels sociaux, et autres) s'est faite avant l'augmentation des malades mentaux dans les rues. Au moment de la diminution de lits dans ce pays, ils ont d'abord été installés dans des logements bon marché et ce n'est qu'une dizaine d'années plus tard, au moment où ces logements ont fait défaut, qu'ils se sont retrouvés à la rue. Aussi, c'est à ce moment là que les problèmes de chômage et de manque de services psychiatriques extrahospitaliers se sont faits sentir, autant pour les malades mentaux qui avaient vécu la désinstitutionalisation que pour les plus jeunes, qui débutaient leur vie d'adulte et de malade mental. Ainsi, la présence de malades mentaux connus des services de psychiatrie parmi les sans-domicile ne pose pas seulement question au système de santé, mais aussi aux politiques de logement social et aux politiques sociales tout court, car il semblerait que c'est l'ensemble de ces facteurs associés qui joue pour fragiliser la population en question et l'amener aux circuits de rue<sup>1</sup>. Les auteurs de cet article pointent également les difficultés d'établir des liens de causalité dans ce domaine, car le début des deux problématiques, sociale et psychiatrique, est insidieux et ce qui peut être leur cause peut aussi en être l'effet. L'exemple de la consommation de drogues est frappant : elles peuvent provoquer et être provoquées par les maladies mentales, elles peuvent être l'un des éléments à l'origine de l'arrivée dans les circuits de rue ou en être la conséquence. Aussi, l'absence de réseau social peut intervenir en amont et en aval de ces problématiques. Ce type d'étude, articulant ces différentes dimensions, n'existe pas en France, mais il semblerait que plusieurs aspects de cette discussion peuvent être repris, ne fût-ce qu'en tant qu'hypothèse pertinente, à propos des sans-domicile malades mentaux, comme cela a été le cas pour les sans-domicile tout court.

---

<sup>1</sup> A propos de l'impact des problèmes d'accès au logement sur la présence, dans les circuits de rue, de personnes ayant des troubles psychiques, voir M. Bresson (1997).

#### Encadré 1 : Quelques chiffres sur les personnes rencontrées par l'EMPP

Les quelques informations chiffrées existantes sur la population rencontrée par l'EMPP ont été produites par moi-même, entre 2005 et 2007, en tant que chargée de mission de cette équipe, dans le but d'intégrer le rapport annuel d'activité. Cette équipe a rencontré 361 personnes en 2006, dont 34% femmes. Cette proportion de femmes est nettement supérieure à celle de la population faisant appel au 115 parisien (20,4%). L'âge moyen de la population concernée par l'EMPP (46,2 ans en 2006) est également supérieur à celui du 115 (39,9 ans), tous les deux étant en progression par rapport aux années précédentes. Au moins la moitié des personnes rencontrées sont de nationalité française (44%), sachant que 19% sont d'autres nationalités et que cette information est inconnue dans 37% des cas. Les autres informations disponibles sur les personnes rencontrées par l'EMPP sont relatives à la protection sociale, la sectorisation psychiatrique, les ressources et la présence de problèmes somatiques associés. Cependant, le taux de « non renseigné » est très élevé pour chacun de ces critères (environ 75%). Ceci est dû à un choix de l'équipe de ne chercher à obtenir que les informations nécessaires à la prise en charge de chaque personne et jamais pour le seul besoin des statistiques. C'est également pour cette raison que l'EMPP ne dispose pas de statistiques à propos du diagnostic des personnes rencontrées. Effectivement, étant une équipe de liaison, certaines informations ne sont pas toujours nécessaires à la prise en charge ni à l'orientation. De plus, les informations sont souvent difficiles à obtenir, notamment dans le cadre de rencontres à la rue (39% des interventions en 2006) et surtout lors des premières rencontres.

Ces données ont peu d'impact sur les analyses développées ici, mais elles indiquent quelques caractéristiques de la population concernée par cette thèse : une population un peu plus âgée et un peu plus de femmes que les deux autres populations (SD 2001 et 115) qui pourraient être considérées comme le tout venant des sans-domicile. Quoiqu'il en soit de ces différences, il est possible de dire que les sans-domicile, dont ceux qui sont rencontrés par l'EMPP, sont très majoritairement des hommes, et que cette population a principalement entre 35 et 59 ans.

Ayant présenté les trois groupes d'acteurs, je peux discuter maintenant la façon dont je vais aborder leurs interactions sur le terrain.

### 3. Les concepts fondamentaux de l'analyse

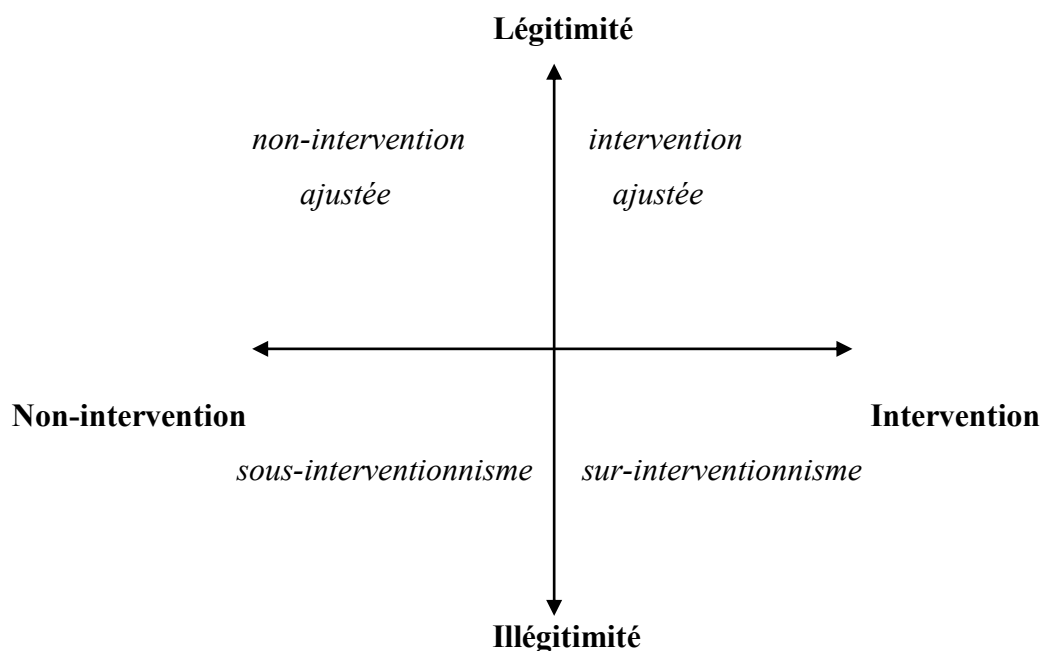
Comme nous avons vu, les travaux en sciences sociales ont souvent questionné la psychiatrie sur sa légitimité à intervenir et l'ont accusée d'étendre ses tentacules trop loin. Aujourd'hui, au contraire, elle est plutôt accusée de ne pas en faire assez. Comment entendre ce changement ? L'angle d'analyse utilisé ici est celui du *travail politique* effectué par les acteurs dans leur quotidien autour des prises en charge concrètes. Ce travail est de nature politique, dans le sens où ce qui est en jeu c'est la manière dont les acteurs établissent ou critiquent des pouvoirs et pensent leur légitimité (N. Dodier, 2003).

La notion de *pouvoirs* sera entendue ici dans une acception large, qui correspond à l'ensemble des interventions reconnues comme relevant légitimement de tel ou tel acteur, dans tel ou tel contexte. Je parlerai de pouvoirs au pluriel dans la mesure où il ne s'agit pas d'analyser le pouvoir d'un acteur en particulier (par exemple, le « pouvoir psychiatrique » ou le « pouvoir des usagers »), ni de comment le pouvoir des uns s'articule à celui des autres. La question ici est de comprendre comment ces pouvoirs se constituent les uns par rapport aux autres dans leurs agencements réciproques. Ainsi, pour comprendre la construction de la place de ce nouvel acteur qui est l'EMPP, j'analyserai quelques moments clés des prises en charge dans lesquels ces pouvoirs sont redistribués et légitimés. L'analyse portera sur un plan local, sur des séquences d'échanges entre les acteurs participants aux prises en charge. C'est pourquoi je parlerai de *travail micropolitique*, différemment mais en référence aux travaux de Nicolas Dodier (2003), qui base ses analyses relatives au travail politique sur les expressions publiques du jugement des acteurs sur de l'épidémie du sida. Comme cet auteur, j'entends que le travail (micro)politique porte autant sur l'identification des acteurs pertinents que sur l'attribution des pouvoirs légitimes : qui (et quoi) participe légitimement aux prises en charge et qui est légitime pour faire quoi ?

Il s'agira pour moi d'examiner, dans ces séquences d'échanges, les opérations utilisées par les acteurs en présence et comment elles s'articulent pour légitimer ou illégitimer une intervention ou une non-intervention des uns et/ou des autres. Car ce sont ces opérations qui permettent d'établir la distribution des pouvoirs parmi les acteurs en présence. Ainsi, lors des différentes situations concernant une personne prise ou à prendre en charge, les éléments constituant la situation (par exemple : la présence ou pas d'un trouble psychique ou somatique

; la demande, l'accord ou le refus de l'intervention par la personne ; la relation entre la personne et les intervenants), ainsi que les pouvoirs établis (tels que chaque acteur l'entend) seront mobilisés ou pas pour décider d'une intervention ou d'une non-intervention de la part des uns et/ou des autres ce qui, en retour, confirme ou altère la légitimité des pouvoirs des uns et des autres. Le schéma ci-dessous permet de visualiser la distribution des qualifications des interventions et des non-interventions en quatre espaces en fonction de la légitimité que les acteurs lui reconnaissent : intervention légitime (*intervention ajustée*), intervention illégitime (*sur-interventionnisme*), non-intervention légitime (*non-intervention ajustée*) ou non-intervention illégitime (*sous-interventionnisme*).

Figure 1 : Qualification des interventions ou non-interventions en fonction de leur légitimité.



Ces qualifications ont été construites à partir du discours des acteurs, à propos de leurs propres interventions ou de celles d'autres acteurs, collègues ou partenaires. Ainsi, une intervention légitime est celle qualifiée d'*intervention ajustée* ; d'autres expressions liées à cet espace sont : aide, protection, « faire son boulot » ou « on ne peut pas laisser ça comme ça ». En revanche, une intervention illégitime est celle qualifiée de *sur-interventionnisme*. D'autres expressions liées à cette qualification sont « atteinte aux libertés individuelles » ou « non

respect de l'autonomie des personnes », ou encore « se substituer aux équipes de droit commun », « en faire trop », « être dans la toute puissance ».

D'autre part, les non-interventions légitimes sont qualifiées de *non-interventions ajustées*, c'est-à-dire que l'intervention de l'EMPP n'est pas considérée comme nécessaire. D'autres expressions liées à cet espace : « respect des libertés individuelles », « respect de l'autonomie de la personne », « on ne va pas psychiatriser la misère ». A l'inverse, une non-intervention illégitime est qualifiée de *sous-interventionnisme* avec des termes tels que « non assistance à personne en danger », « ne pas faire son boulot », « abandon ».

C'est-à-dire qu'au moment où une situation est évoquée entre les acteurs, un travail politique se met en place pour redéfinir ce que chacun peut/doit faire et partant, la place occupée par chaque acteur dans la prise en charge. Etant donné que ces contours sont assez flous dans la pratique, le travail politique des acteurs, pour la définition de qui doit intervenir, comment, jusqu'à quel point, est au cœur des interventions. Lors que l'EMPP participe à ces redistributions de pouvoirs, celles-ci prennent forme selon trois modes de prise en charge : l'*expertise*, la *passerelle* et la prise en charge *à part entière*. Ceux-ci peuvent être caractérisés schématiquement selon différents critères : leur objectif, l'interlocuteur principal de l'EMPP, la nature des interventions qu'elle effectue et la durée de sa participation à la prise en charge.

L'*expertise* a pour but principal de faciliter, aux personnes vivant dans les circuits de rue, l'accès aux soins psychiatriques de droit commun (le CPOA<sup>1</sup>, les urgences des hôpitaux généraux, les secteurs de psychiatrie). Elle comprend une évaluation de l'utilisateur et de sa situation et une orientation vers ces structures de soins psychiatriques de droit commun, si nécessaire, ainsi que le soutien aux équipes partenaires (notamment sous la forme de conduite à tenir). Dans ce type de prise en charge, c'est à l'équipe partenaire de mettre en place l'orientation proposée par l'EMPP, le cas échéant. Elle se caractérise par :

- peu, voire pas de contact avec l'utilisateur, les interlocuteurs privilégiés de l'EMPP sont les professionnels partenaires : l'équipe qui a la personne en charge (et qui a formulé la demande d'intervention à l'EMPP) et éventuellement l'équipe qui prendra le relais.

---

<sup>1</sup> CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (voir le glossaire dans l'annexe 1).

- des interventions plus centrées sur l'évaluation, les liaisons et éventuellement l'orientation, donc peu ou pas d'entretien de suivi/soutien, peu ou pas d'accompagnement.
- une durée assez courte : si ce type de prise en charge peut occuper l'intervenant de l'EMPP pendant plusieurs heures pendant le jour ou la semaine qui suit la réception de la demande, elle ne dure pas dans le temps (pas plus d'un mois).

La prise en charge *passerelle*<sup>1</sup> a aussi pour but final de faciliter l'accès aux soins de droit commun, mais à court et moyen terme, après l'évaluation, son objectif est la mise en confiance de l'usager, l'établissement d'un lien avec lui et sa mobilisation (*créer une demande ou faire accepter*). Autrement dit, l'EMPP fait le travail ou en tout cas, y participe activement, pour mettre en place l'accès aux structures de droit commun. Elle se caractérise par :

- autant, voire plus de contact avec l'usager qu'avec les professionnels partenaires.
- une grande partie des interventions sont des entretiens de suivi/soutien et, dans certaines situations, des accompagnements.
- une durée plus longue, pouvant aller de quelques semaines à des années, avec souvent un travail pour mobiliser la personne, comme nous le verrons dans le chapitre 6, et pour passer le relais à l'équipe du secteur, comme nous le verrons dans le chapitre 7.

La prise en charge *à part entière* se distingue principalement par l'objectif de traiter le problème décelé lors de l'évaluation plutôt que de passer le relais à terme. Ce mode de prise en charge ressemble à celui des intervenants de droit commun (sociales ou sanitaires). D'autres caractéristiques sont :

- l'interlocuteur privilégié est l'usager, plus ou autant que les autres équipes impliquées dans la prise en charge.
- les interventions sont le plus souvent des entretiens de suivi/soutien avec, dans certains cas, des accompagnements.

---

<sup>1</sup> Le terme « prise en charge pré-thérapeutique » est souvent utilisé pour désigner le travail des soignants qui a pour objectif l'accès aux soins. Je préfère la nommer prise en charge passerelle parce que les équipes étant composées de personnel non soignant, une partie de la prise en charge peut être sociale et avoir également pour objectif l'orientation vers les services de droit commun, y compris les services de soin. Cela me permet aussi de sortir de la discussion de savoir si l'intervention de ces équipes a pour but de soigner et/ou de faire accéder aux soins de droit commun, si leur intervention est pré-thérapeutique ou thérapeutique.

- la durée de la prise en charge est très variable, pouvant aller de quelques jours à des années.

Ces trois modes de prise en charge peuvent ressembler à ceux pratiqués dans d'autres domaines que celui de la psychiatrie-précarité. Par exemple, un expert judiciaire intervient ponctuellement auprès d'une personne pour une évaluation, éventuellement pour une orientation. Un avocat peut agir en tant qu'expert uniquement pour un conseil, sans s'occuper du cas, ou il peut le prendre en charge à part entière. Un médecin du travail intervient le plus souvent en tant qu'expert, pour évaluer la situation d'un salarié et l'orienter vers un autre professionnel si nécessaire, mais il arrive qu'il intervienne en tant que passerelle, le temps de mettre en place une prise en charge par un autre professionnel et, exceptionnellement, il arrive qu'il lui prodigue des soins à part entière (N. Dodier, 1993). Le travail des assistantes sociales et des infirmières scolaires peut également se développer selon ces trois modes de prise en charge. Cependant, une étude de ces différents contextes d'intervention serait nécessaire pour vérifier plus finement leur rapprochement avec ce qui est décrit ici.

Ainsi, les modes de prise en charge, tels qu'ils ont été définis, dessinent une certaine configuration de la distribution des pouvoirs identifiant qui peut/doit intervenir légitimement, qu'elles sont les interventions légitimes pour chaque acteur. Cependant, il est rare qu'une prise en charge corresponde complètement - ou uniquement - à un seul des types présentés, mais aura tendance, à un moment donné, à se rapprocher plus d'un d'entre eux. Ainsi, une prise en charge peut fonctionner de la même façon du début à la fin ; une autre peut varier au fil du temps, commençant plutôt comme une *expertise*, pour évoluer vers une prise en charge *à part entière* et ensuite ressembler plus à une prise en charge *passerelle*, par exemple<sup>1</sup> ; enfin, une prise en charge peut également être caractérisée différemment en fonction des intervenants qui y participent : par exemple, l'assistante sociale intervenant comme expert tandis que l'infirmier intervient comme *passerelle*. Et c'est ce travail micropolitique, de redistribution des pouvoirs et de leur légitimité, qui provoque ou évite la variation du mode de prise en charge et, par conséquent, de la place de l'EMPP, comme nous allons le voir dans les deux dernières parties de cette thèse.

---

<sup>1</sup>Voir à ce propos, dans G. Nauleau (2001), des récits qui mettent en évidence la nécessité d'un travail préalable à l'accès aux soins de droit commun, ce travail ressemblant à une prise en charge *à part entière* puis progressivement à une prise en charge *passerelle*, au bout de laquelle se trouve le passage de relais vers les structures de soins psychiatrique.

Dans le but d'appréhender le développement de ce travail, je vais procéder de la façon suivante : tout d'abord, j'exposerai, dans un chapitre méthodologique, les particularités de ma position, en tant que chercheur et en tant que membre de l'EMPP, ainsi que les implications de cette position sur cette étude. Ce chapitre sera suivi d'une première partie portant sur les conditions qui ont favorisé la création des Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (chapitre 2) et sur une description générale du fonctionnement quotidien de ces équipes (chapitre 3).

Dans la deuxième partie, il s'agira de comprendre le rôle joué par la demande comme *opérateur micropolitique*, dans le sens où elle provoque et façonne la redistribution des pouvoirs et leur légitimité. En effet, la demande marque l'entrée de l'EMPP dans une prise en charge, car c'est uniquement à partir d'un signalement adressé à l'EMPP que celle-ci intervient. J'interroge donc d'abord la demande du côté de la psychiatrie : comment la présence ou l'absence d'une demande légitime ou illégitime l'intervention des équipes ordinaires de psychiatrie, puis de l'EMPP (chapitre 4) ? Ensuite, j'aborde la demande du côté des partenaires sociaux : à quel moment et dans quelles situations demandent-ils l'intervention de l'EMPP (chapitre 5) ? Et enfin, j'envisage la demande concernant les usagers (chapitre 6) pour comprendre l'importance de la susciter chez eux ou au moins obtenir leur acceptation pour une intervention, comme une manière non seulement de légitimer l'intervention (aspect moral) mais aussi comme une manière de permettre la réalisation et l'aboutissement de l'intervention (aspect pratique).

Enfin, dans la troisième partie, il sera question des limites d'intervention de l'EMPP : jusqu'où cette équipe peut-elle légitimement intervenir, jusqu'où peut-elle légitimement ne pas intervenir. Pour étudier cette question, le chapitre 7 sera consacré au passage de relais des prises en charge vers les équipes de soin des secteurs de psychiatrie ; puis l'exemple des interventions sous contrainte sera abordé dans le chapitre 8 et enfin, dans le chapitre 9, il s'agira du cas des personnes que l'EMPP n'arrive pas à contacter, soit parce qu'elle n'arrive pas ou plus à les trouver, soit parce que les personnes refusent le contact avec cette équipe.





## Chapitre 1 : Méthodologie

La partie méthodologique de cette étude me semble être particulièrement importante du fait de la position que j'occupe sur ce terrain qui est à la fois mon terrain de recherche et mon lieu de travail. En effet, il est rare qu'un chercheur se trouve dans une position semblable à la mienne<sup>1</sup> : des chercheurs qui enquêtent sur leur lieu de travail n'ont ni une fonction professionnelle ni une méthodologie de recherche qui passent par la construction collective d'une connaissance. Ceux qui utilisent de telles méthodes sont extérieurs à leur terrain de recherche. Une partie de leur travail est constitué, dans un premier temps, d'une immersion dans le terrain et, ensuite, d'une démarche pour ne pas s'identifier trop aux sujets de leur enquête, pour ne pas « devenir indigène ». A la fin de leur enquête, ils rentrent chez eux alors que les acteurs restent dans leur terrain d'activité. Puis il y a ceux qui se font embaucher pour faire une enquête, mais seulement le temps de l'enquête, et qui quittent le terrain ensuite. Enfin, il y a ceux qui sont embauchés par exemple, par l'entreprise où ils mènent leur enquête mais pour une autre activité que celle de la production de connaissances, par exemple, le chercheur qui, pour faire son terrain, s'est fait embaucher par un restaurant de fast food, mais sans que personne ne sache qu'il en faisait son terrain. Ou encore, en tant que secrétaire ou personnel d'entretien. La particularité de ma position est que faire des observations sur le terrain et produire des connaissances sur cette Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) fait partie de mon travail, indépendamment de ma recherche.

Dès lors, il s'agit non seulement d'explicitier la méthodologie de la recherche, mais aussi de décrire la place que j'occupe sur le terrain et ses implications pour l'enquête. Je présenterai, dans un premier temps, mon rôle en tant que chargée de mission, puis quelques réflexions générales sur la place du chercheur sur son terrain d'enquête et enfin, les outils méthodologiques employés.

---

<sup>1</sup> Voir par exemple G. Dambuyant-Wargny (2000), J. Damon (2002) et S. Rullac (2007b).

## 1. Le rôle de chargée de mission

J'ai occupé une place intermédiaire dans cette Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP), ni tout à fait intérieure ni tout à fait extérieure. Extérieure du fait que je n'étais pas soignante, que je ne participais pas aux prises en charges des personnes rencontrées dans la rue ou dans les centres d'hébergement. Autrement dit, je n'intervenais pas directement auprès de cette population.

J'avais en même temps une position interne à l'équipe, non seulement parce que j'étais salariée de cet hôpital, en tant que chargée de mission, et que j'étais administrativement attachée à cette équipe, mais surtout par mes fonctions. En effet, dans ce poste entre janvier 2004 et août 2008, j'avais entre autres, une fonction de représentation de l'équipe au sein de plusieurs groupes de travail avec des acteurs divers du monde psy et du monde de l'action sociale, tels les autres EMPP, les conseils locaux de santé mentale, les équipes sociales de rue, les équipes de secteur psychiatrique, etc. Bref tout rapport aux partenaires qui n'était pas dans le cadre d'une prise en charge faisait partie de mes fonctions. Pour représenter l'EMPP, il fallait bien connaître sa pratique et c'était dans ce cadre que j'accompagnais régulièrement les intervenants dans leur quotidien, que ce soit pour rencontrer le public dans les institutions et dans la rue, ou encore dans leurs échanges avec d'autres équipes. Une autre fonction de la chargée de mission était la rédaction du rapport annuel d'activités, ce qui était fait à partir de discussions collectives au sein de l'équipe. Dans ces discussions, il était question de comment cette équipe (ou tel membre) avait travaillé avec telle équipe partenaire, pour quelles raisons, s'il fallait changer la pratique, comment et pourquoi, quelle était sa fonction dans ce contexte, bref, c'était l'occasion de faire un point sur la place de cette EMPP par rapport au dispositif social et psychiatrique. Enfin, je citerai une troisième fonction de la chargée de mission<sup>1</sup>, celle de constituer et développer un outil de recueil et analyse des données relatives à l'activité de l'EMPP<sup>2</sup> et concernant les personnes rencontrées par cette équipe. Ces informations quantitatives sont nécessaires au rapport annuel d'activités de l'EMPP, document transmis à

---

<sup>1</sup> Je ne les citerai pas toutes, car celles-ci suffisent à montrer à quel point les fonctions de la chargée de mission étaient imbriquées avec le travail de la chercheuse.

<sup>2</sup> Ce travail s'est étendu à l'échelle des 5 autres équipes mobiles de psychiatrie-précarité qui interviennent sur Paris. Cependant, dans ce cadre, le travail a été effectué collectivement avec ces équipes.

la direction de l'hôpital, à la DASS, à l'Institution Sociale Partenaire et à d'autres partenaires. Elles permettent également un travail de réflexion interne à l'EMPP. Ainsi, tous les chiffres concernant l'EMPP entre 2005 et 2007 ont été produits par moi dans ce contexte. Je ne sortais donc pas du cadre de mon activité en tant que chargée de mission pour faire le travail de terrain nécessaire à ma thèse, sauf lorsque je menais des entretiens<sup>1</sup>.

Dans ce cadre, mon travail de thèse faisait partie intégrante de mes fonctions comme chargée de mission<sup>2</sup>. Les trois médecins qui m'ont successivement rencontrée pour le recrutement m'ont dit que le fait de mener une thèse était un plus et qu'elle ferait partie de mon travail. Il m'a même été précisé que je pouvais prendre jusqu'à 50% de mon temps de travail pour ma thèse, en fonction des nécessités du service. Ceci n'est pas étonnant car cette équipe a été créée comme une unité de recherche action, ce qui répondait à la fois au besoin d'un cadre administratif pour qu'elle puisse exister et au fait qu'il s'agissait là d'une expérience nouvelle, qui cherchait ses méthodes, sa spécificité et qui voulait, d'une certaine manière, faire école. Ainsi, il n'y avait rien d'étrange, en théorie, à ce qu'un membre de l'équipe fasse une recherche, bien qu'en pratique, cela ait créé des tensions sur le terrain<sup>3</sup>. Et à l'inverse, qu'un chercheur soit membre de l'équipe de terrain, n'a pas non plus été sans implication. En pratique, lorsque je posais une question en réunion avec les autres EMPP ou lorsque j'assistais à un entretien entre un infirmier et un usager, je le faisais en même temps en tant que chercheuse et en tant que chargée de mission. Il était question pour moi d'utiliser cette position comme un atout, tout en guettant les pièges qu'elle représente ; équilibrer l'engagement et la distanciation (N. Elias, 1993), sortir de l'angoisse générée par cette position et l'utiliser comme une méthode (G. Devereux, 1980).

---

<sup>1</sup> Les entretiens formels représentaient une nouveauté qui matérialisait la différence entre mon rôle de chargée de mission et celui de chercheuse. C'est la seule procédure que les 2 chargées de mission précédentes n'ont pas utilisé comme manière d'appréhender le travail de l'EMPP.

<sup>2</sup> Cela n'a pas été formalisé, ni dans le contrat de travail, ni dans une convention : étant membre d'une équipe de recherche action, il n'est pas étonnant qu'on mène des recherches sur son terrain de travail. Aussi faut-il préciser que l'équipe n'informe pas l'hôpital des articles ou livres publiés par les membres de l'EMPP, de leurs participations à la presse (radio, télévision ou journaux), etc. Pendant le temps de l'enquête, trois membres de l'équipe se sont inscrits en DEA sans que cela fasse l'objet d'une convention ou d'une quelconque formalisation auprès de la direction de l'hôpital, sauf pour un d'entre eux, qui a fait payer ses frais d'inscription par la formation continue. Sachant que leur participation aux séminaires se faisait sur leur temps de travail, ainsi que leur recueil de données. Par contre, la direction de l'Institution Sociale Partenaire a souhaité signer une convention concernant ma recherche doctorale.

<sup>3</sup> Ceci n'est pas étonnant non plus. P. Dibia témoignait lors d'une conférence (in S. Rullac, 2006) des rancoeurs qu'il a provoqué en faisant l'ethnologie de son village natal (P. Dibia, 1998).

## 2. La place du chercheur dans la littérature

Stéphane Beau et Florence Weber (1998) décrivent deux positions de l'enquêteur vis-à-vis de son terrain : soit il est extérieur à son terrain et cela va lui demander un travail d'immersion pour mener son enquête, soit il est intérieur à ce terrain et, dans ce cas, le travail serait de prendre du recul pour pouvoir enquêter. Mais au delà de ces situations extrêmes, il existe une série de positions qui combinent proximité et distanciation entre le chercheur et son terrain, par exemple, lorsque le chercheur connaît bien le thème mais enquête dans un site qu'il ne connaît pas, ou au contraire, il connaît bien quelques personnes qui lui facilitent l'entrée sur un lieu et un thème qu'il ne connaît pas. J'occupe une position intermédiaire à plusieurs niveaux :

- entre interne et externe à l'équipe car faisant partie de ses effectifs, je n'intervient pas dans les prises en charge, mais je suis engagée dans un travail destiné à construire de la réflexivité.
- entre le monde psychiatrique (que je connaissais assez bien) et celui dit de l'exclusion sociale (que je connaissais fort peu). Cette connaissance du monde psychiatrique a été accumulée au cours de plusieurs expériences. D'abord, ayant un diplôme d'ergothérapeute, obtenu en 1998 à l'Université de Sao Paulo, j'ai été formée à l'intervention en psychiatrie. Puis en France, j'ai effectué des stages d'immersion dans deux secteurs psychiatriques, l'un en région parisienne et l'autre dans l'agglomération lilloise. Ce qui m'a permis d'entamer mon enquête de terrain, dans le cadre d'un DEA, sur un troisième secteur psychiatrique avec une certaine connaissance de la psychiatrie en général et plus particulièrement de la psychiatrie française.
- entre le monde de l'intervention et celui de la recherche.

N. Elias (1993) a montré que la production de connaissances, y compris dans les sciences de la nature, est influencée par la position du chercheur par rapport à son objet d'étude. Il situe cette position dans un continuum entre deux extrêmes, la distanciation et l'engagement ou, si l'on préfère, entre l'objectivation et la subjectivation. Pour cet auteur, « *c'est la relation entre ces deux pôles qui détermine le cours des actions humaines* » (p. 10). En fait, selon Elias, il n'y a pas deux groupes, celui des personnes engagées et celui des distanciées ; au contraire, tous les êtres humains sont toujours quelque part entre ces deux pôles. Et ils varient leur position vers un pôle ou l'autre au cours de leurs rapports à leurs semblables, aux objets non

humains et à eux-mêmes. Ces deux positions se définissent par rapport à la plus ou moins grande capacité d'objectiver ce qui se passe, de mettre sa subjectivité plus ou moins à distance<sup>1</sup>. Cet entre deux n'est donc pas propre aux chercheurs par rapport à leur terrain ou leur objet de recherche. Ce n'est pas non plus propre aux acteurs du terrain.

Selon cet auteur, le chercheur en sciences sociales ne peut pas être trop engagé, au risque de prendre pour des résultats scientifiques ce qu'en fait représentent ses préjugés. Il ne peut pas non plus être trop distancié, car sa position en tant que membre du groupe est la condition même de la production de connaissances scientifiques dans ce domaine. Selon ses termes :

*« Le problème devant lequel se trouvent placés les spécialistes en sciences humaines ne peut donc pas être résolu par le simple fait qu'ils renonceraient à leur fonction de membre d'un groupe au profit de leur fonction de chercheur. Ils ne peuvent cesser de prendre part aux affaires sociales et politiques de leur groupe et de leur époque, ils ne peuvent éviter d'être concernés par elles. Leur propre participation, leur engagement conditionne par ailleurs leur intelligence des problèmes qu'ils ont à résoudre en leur qualité de scientifiques. Car, si pour comprendre la structure d'une molécule on n'a pas besoin de savoir ce que signifie de ressentir comme l'un de ses atomes, il est indispensable, pour comprendre le mode de fonctionnement des groupes humains, d'avoir accès aussi de l'intérieur à l'expérience que les hommes ont de leur propre groupe et des autres groupes ; or on ne peut le savoir sans participation et engagement actifs. »*  
(p. 29)

Je ne veux pas dire par là qu'il faut être immigré pour étudier l'immigration ou qu'il faut être ouvrier pour comprendre ce qui se passe à l'usine, mais que cette subjectivité donnée par la participation et l'engagement actifs n'est pas un handicap pour l'objectivité scientifique. Et par engagement, N. Elias ne veut pas dire présence sur le terrain ou action sur le terrain, mais le fait de se sentir plus ou moins concerné par la situation, de la vivre de manière plus ou moins objective ou subjective. G. Devereux montre le rôle de la subjectivité du chercheur (ou

---

<sup>1</sup> Reprenons le récit de Edgar A. Poe, « Les Pêcheurs dans le Maelström », l'exemple utilisé par N. Elias (1993, p. 75 et 76). Les deux frères sur un bateau aspiré dans l'abîme sont paralysés par la peur. Tandis que l'un reste recroquevillé au fond du bateau, l'autre a réussi à prendre du recul, à objectiver et rationaliser la situation, observer autour de lui avec un plus grand calme et trouver la solution qui l'a sauvé, alors que l'autre n'a pas pu le faire et a péri.

de son engagement, si l'on reprend le terme de N. Elias), en la considérant comme un outil à utiliser et non comme un problème à éliminer. En accord avec ces auteurs, il s'agissait pour moi tout au long de cette recherche, de comprendre les implications de ces deux rôles, de chercheur et membre de l'EMPP, autant pour la constitution du matériau que pour les analyses. Une sorte d'objectivation de la subjectivité.

Je ne souhaite pas faire coller la notion d'engagement à la position de chargée de mission ni celle de distanciation à la position de chercheur. Dans une position comme dans l'autre, il y a des situations où l'on peut être plus engagé dans l'action ou plus en retrait. Par exemple, dans le récit d'Edgar A. Poe, les deux frères étaient objectivement concernés par le danger, tous les deux avaient très peur et seulement l'un d'entre eux a pu prendre de la distance. Ceci montre qu'une personne agissant sur le terrain (un infirmier) peut être plus ou moins proche du pôle d'engagement. J'ajoute un troisième personnage au récit d'Edgar A. Poe, personnage qui serait sur le rivage (un chercheur), donc en position plus distanciée que les deux frères. Il aurait pu être pris de panique, donc très engagé subjectivement dans la situation, au point ne pas pouvoir observer et analyser la situation de manière objective. Mais il est concevable que, étant extérieur à la situation, ce troisième personnage soit moins engagé objectivement et subjectivement que ceux qui sont sur le bateau et qu'il puisse analyser ce qui se passe et trouver des pistes pour maîtriser la situation. On ne peut donc pas dire qu'un infirmier est forcément plus proche de l'engagement par rapport à l'action qu'il effectue auprès d'un patient, alors que le chercheur serait obligatoirement plus proche de la distanciation. Ils sont tous les deux, les trois si l'on considère le patient aussi, positionnés dans le continuum qui lie ces deux pôles et chacun peut faire varier sa position au cours de l'action et dans différentes situations. Je me suis positionnée parfois sur le rivage, parfois sur le bateau avec les deux frères et à chaque fois j'ai été travaillée par les forces qui m'attiraient vers un pôle ou l'autre. Ainsi, je ne prétends pas être en distanciation lorsque je me positionne comme chercheur et en engagement quand je me positionne comme chargée de mission. Seulement, la chargée de mission, en tant que membre du groupe, a tendance à être plus proche du pôle engagement. Ces deux rôles prennent place dans le continuum entre les deux pôles, le rôle de chercheuse plus proche de la distanciation et celui de chargée de mission plus proche de l'engagement, mais ils se chevauchent au milieu du continuum.

D'une certaine manière, je suis entre la position de Robert Barrett (1998), qui était psychiatre dans l'hôpital où il menait son enquête, et Sue Estroff (1998), qui est allée sur son terrain rien

que pour son enquête et qui devait le quitter à la fin de celle-ci. Robert Barrett parle des implications de sa place d'intervenant sur son enquête quand il explique qu'il s'est immédiatement rendu compte de l'impossibilité de se défaire ou même d'atténuer son inscription institutionnelle en tant que psychiatre de cet hôpital ce qui l'a empêché d'aborder le point de vue des patients. Ainsi, il a dû travailler uniquement sur le fonctionnement des différentes équipes par service et par métier.

Sue Estroff au contraire a pu jouer sur son inscription en tant qu'anthropologue aussi bien auprès de l'équipe du service qui lui a permis de rencontrer les patients qu'auprès des patients eux-mêmes. Elle ne ment pas sur cette inscription, mais elle l'omet autant que possible pour les patients, essayant d'équilibrer une certaine éthique personnelle et professionnelle et les besoins de l'enquête. C'est-à-dire qu'elle ne s'affiche pas auprès des patients comme étant une anthropologue qui est là uniquement pour effectuer une enquête. D'ailleurs, elle essaye de se mêler à eux, presque comme si elle voulait passer pour un patient. Ceci est d'autant plus ambigu qu'elle prend des psychotropes à un moment donné de l'enquête, non pas pour améliorer son « déguisement », mais pour comprendre les effets de ces médicaments, notamment ceux qu'on pourrait attribuer à la maladie mentale. L'équipe du service concerné par l'enquête est en revanche informée de son inscription institutionnelle. Dans son étude, Sue Estroff privilégie l'observation à partir du point de vue des patients, passe la plupart du temps avec eux et fait tout un travail pour se démarquer de l'équipe aux yeux des patients. Par exemple, elle participe à certaines réunions d'équipe mais doit se cacher des patients pour rester dans le service, alors que tous les usagers doivent sortir au moment de la réunion; elle doit également faire attention pour sortir du service sans être vue par un usager, à la fin de la réunion. Enfin, elle a dû établir des critères pour préciser jusqu'à quel point elle devait ou pas transmettre à l'équipe les informations reçues de la part des usagers en tant que « copine ». S. Estroff précise qu'elle ne transmettait que les informations susceptibles d'engager un événement vital. Ce sont autant de manières pour le chercheur d'aménager son extériorité au terrain, en l'occurrence par rapport à l'équipe du service de psychiatrie et par rapport aux usagers, et d'arranger ses possibilités d'immersion.

Une autre manière de penser le rapport entre le chercheur et les enquêtés, entre immersion et extériorité, est présenté par Raymond I. Gold (2003) qui décrit quatre types de rôles joués par le chercheur sur le terrain (4 types de position sur le terrain). Ces 4 rôles sont composés par ce



que l'observateur est en tant que personne ordinaire et en tant que sociologue qui mène une recherche, sachant que son objectif est de se procurer des informations à des fins scientifiques. Il s'agit donc, là aussi, de combiner subjectivité et objectivité pour constituer son matériau :

- le participant pur : son identité d'enquêteur et son projet d'enquête ne sont pas connus de ceux qu'il observe sur le terrain. Il est en train de simuler le rôle de membre du groupe et les personnes qu'ils rencontrent sont pour lui avant tout des informateurs. Par exemple, peu importe s'il a déjà travaillé à l'usine auparavant, là il s'est fait embaucher pour une recherche et non pas pour travailler. Pour le chercheur, le risque de cette position est de « virer indigène ».
- le participant-comme-observateur : les informateurs savent que le chercheur est sur le terrain pour une enquête. Le risque de « virer indigène » est moins important que dans le rôle précédent, mais il est encore présent.
- l'observateur-comme-participant : utilisé notamment dans les enquêtes par entretien à visite unique.
- l'observateur pur : ce rôle est souvent utilisé pour commencer une enquête. Le chercheur ne fait qu'observer et ce sans que les personnes le sachent. Il n'a aucune interaction avec les informateurs.

R. Gold insiste sur le fait que chacun de ces 4 rôles présente des avantages et des inconvénients. Le chercheur peut, au besoin, passer de l'une à l'autre de ses positions pour se protéger en tant que personne ou pour protéger son travail de recherche. Car chacun des rôles produit une perspective différente sur l'objet de la recherche, donc produit des informations possiblement différentes. Tous ces rôles sont pris et joués par des chercheurs qui viennent sur le terrain uniquement pour faire leur enquête. En fait, le terme « participant » est à mettre en rapport avec les tentatives du chercheur de simuler son rôle de participant, de membre du groupe. Dans le cas de mon enquête, le terme « participant » est à mettre en rapport avec le fait que la personne est véritablement membre du groupe. Il n'y a pas pour elle le risque de « devenir indigène » : elle **est** indigène. Ainsi, je ne parle pas de « rôle » joué par le chercheur mais de « position » dans laquelle il se trouve pour enquêter. Je pourrais faire un parallèle entre les définitions de ces rôles, d'après R. Gold, et les définitions qui semblent plus opérationnelles dans le contexte de mon étude :

- **le participant pur** : il est indigène et agit en tant que tel sur le terrain ; c'est celui qui travaille dans une institution (un médecin, un enseignant, un pompier...), qui vit dans le quartier, qui a une maladie, qui va à l'école... et ne pose pas un regard particulier, en tant que chercheur, sur cette situation : il ne cherche pas à objectiver ce qui se passe, ni sa position, même s'il a ses opinions sur sa condition. Il peut éventuellement écrire des articles à ce sujet, mais qui sont plutôt du type témoignage et sans prétention scientifique, en tout cas pas sur les sujets dans lesquels il est participant.
  
- **le participant observateur** : il est indigène et agit en tant que tel mais il engage une démarche pour objectiver cette réalité et sa condition, démarche qui prend, le plus souvent, la forme d'une recherche académique, avec une méthodologie spécifique<sup>1</sup>. Eventuellement, la recherche (et l'observation) est pour lui une forme de participation, mais sa présence sur le terrain est d'abord justifiée par sa participation en tant que membre du groupe et seulement ensuite en tant que chercheur. Il était indigène avant d'utiliser l'observation comme une méthode de recherche et probablement il continuera de l'être après.
  
- **l'observateur participant** : il s'agit du chercheur qui arrive sur le terrain pour mener une enquête. Même si le chercheur se fait embaucher dans une institution, même s'il vient vivre dans le quartier, même s'ils se fait passer pour un malade auprès des autres malades et que, pour ce faire, il doit jouer le rôle de participant, c'est-à-dire de membre du groupe, son objectif principal n'est pas la participation, mais l'observation ; la participation n'est pour lui qu'une forme d'observation. Idéalement, fini l'observation, il cesse la participation. Il n'est pas indigène mais le risque de le devenir est présent. Les trois premiers rôles de R. Gold sont compris dans cette définition, telle que je l'utilise.
  
- **l'observateur pur** : vient sur le terrain uniquement pour observer. Il visite le terrain (usine, quartier, hôpital, école), il traîne par là, va aux réunions, à la cantine, éventuellement il parle avec les uns et les autres, mais ceci est à distinguer d'une démarche d'entretien. Donc au contraire de la définition de R. Gold, pour moi peu

---

<sup>1</sup> Passage d'une sociologie spontanéiste à une « sociologie scientifique » (E. Durkheim, 1986).

importe si les enquêtés savent ou pas qu'ils sont observés et peu importe s'il y a ou pas des interactions avec eux. C'est ce que les gens font et se disent qui va constituer son matériau et non pas ce que les gens lui disent à lui. Eventuellement, ce que les gens lui disent sera une indication pour observer au café à la sortie plutôt qu'à la cantine à midi. A la limite, on peut dire comme N. Elias (1980) que tout sociologue participe à la société qu'il étudie, donc il est toujours participant. Mais même si le chercheur est Français et qu'il mène une étude en France sur une telle maladie, s'il n'a aucune expérience personnelle de cette maladie ou des dispositifs qui s'en occupent, je dirai qu'il est observateur et non pas participant. Le simple fait d'être présent quelque part constitue une sorte de participation dans la mesure où la présence provoque une perturbation qui change le déroulement des événements, et ce même si la personne ne prend pas la parole et n'effectue aucun acte direct sur ces événements. Cependant, je considère cette position comme de l'observation pure, du fait que le chercheur a pour seul objectif l'observation et non pas la participation dans les événements.

Ces différentes positions peuvent être mobilisés par le chercheur de manière successive. Il peut être un participant pur, puis commencer une recherche qui le mettra en position de participant observateur, lorsqu'il observe en même temps qu'il intervient, ou d'observateur participant, lorsqu'il observe mais n'intervient pas<sup>1</sup>. Il peut ensuite quitter l'institution et être seulement observateur-participant ou observateur pur.

Outre la distance ou l'engagement par rapport à son terrain, la place du chercheur peut aussi être définie par rapport à la place qu'il donne à ses enquêtés dans la production du matériau, dans son analyse et au moment de la communication des conclusions. Sur ce thème, il existe une importante réflexion dans des ouvrages à propos de la recherche sociale, comme l'« intervention sociologique » (A. Touraine, 1978), la « recherche action » et l'« approche organisationnelle de l'action sociale ». Le but de ces méthodes étant les transformations sociales par la construction simultanée de la connaissance et de l'action, les acteurs sont invités à participer à chaque étape de la recherche, à produire et à s'approprier la production du savoir, qui doit aboutir à une action. C'est pourquoi la communication des résultats est partie intégrante de la recherche, c'est-à-dire qu'elle n'est pas seulement faite à la fin de la recherche mais tout au long du processus, pour nourrir la réflexion théorique et l'action.

---

<sup>1</sup> Je pense à G. Dambuyant-Warny (2000, p.48) qui était assistante sociale de secteur lorsque le RMI a été mis en place et qu'elle s'est posé un certain nombre de questions à l'origine de son DEA, puis de sa thèse.

Dans ce sens, ces méthodes s'interrogent sur qui doit écrire le rapport de recherche et sur le langage employé pour sa rédaction pour qu'il puisse circuler aussi bien dans le domaine scientifique que dans le champ de l'action en question. Dans la recherche-action, par exemple, ces deux aspects ne sont pas facilement exécutés en pratique, mais idéalement les acteurs doivent participer avec les chercheurs à la rédaction du rapport de recherche et celui-ci doit être écrit dans un langage accessible à tous (R. Mayer et al, 2000).

Dans l'« intervention sociologique » le but est de construire une connaissance sur un mouvement social dans le cadre d'une lutte sociale. Ceci se fait par l'interaction d'un groupe d'acteurs de la lutte avec les chercheurs, ce qui permet aux chercheurs d'analyser le mouvement social et aux acteurs-militants d'augmenter leur capacité d'action. Les chercheurs fonctionnent comme médiateurs entre le groupe militant - constitué d'une dizaine de personnes choisies par les chercheurs - et le mouvement social. Leur analyse porte sur l'auto-analyse que les militants font de leur action collective. Le matériel produit pendant les interactions doit être en permanence à disposition des acteurs, le rapport de recherche est écrit par les chercheurs en langage sociologique, puis discuté avec les participants de l'intervention, qui peuvent même proposer des modifications au texte des chercheurs. En plus, les résultats doivent être discutés non seulement avec les participants mais aussi avec les dirigeants des organisations auxquelles ceux-ci appartiennent et avec d'autres militants.

L'« approche organisationnelle de l'action sociale » est encore une autre méthode mettant l'accent sur la production d'une connaissance qui conduit à une action. Cependant, selon E. Friedberg (1993), dans l'« approche organisationnelle », le rôle du chercheur est d'apporter une connaissance produite sans la participation des acteurs du terrain puis de les aider à utiliser cette connaissance. La restitution est organisée comme un apprentissage où la mise en relation des « faits » isolés connus par les acteurs du terrain révèle, dans leur interaction, une cohérence nouvelle. A partir de cette nouvelle compréhension du contexte de l'action, les acteurs peuvent faire en sorte que cette connaissance devienne action. Ainsi, la communication des résultats aux sujets/enquêtés est d'autant plus essentielle pour le chercheur que c'est l'utilisation de ces résultats dans le contexte étudié qui les valide. En même temps, ceci permet au chercheur de mieux comprendre l'objet de son étude. Outre la réflexion sur la nécessité de la restitution, sur le moment de le faire (à la fin de l'enquête ou

bien au fur et à mesure de son développement), sur qui peut écrire le rapport final, il n'est jamais question de savoir comment concilier la restitution et l'anonymat des enquêtés sur le terrain. Je pense que du fait qu'ils participent à chaque étape, les acteurs connaissent le contenu du matériau qu'ils ont produit avec les chercheurs et les autres acteurs. Ils sont donc en contact avec les contradictions et désaccords entre les participants de l'enquête. C'est peut-être la raison pour laquelle la question de l'anonymat ne se pose pas.

Le mouvement entre engagement et distanciation, entre participation et observation puis la participation des enquêtés dans le travail de construction de connaissances ainsi que la restitution continue des résultats, toutes ces questions ont été présentes tout au long de cette recherche et ce de manière d'autant plus aiguë que je portais une double casquette : celle de chargée de mission et celle de chercheuse. Après cette réflexion théorique, j'aborderai maintenant l'interaction et l'implication pratique de cette double casquette sur l'utilisation d'outils méthodologiques, la constitution du matériau et son analyse.

### **3. Les outils méthodologiques de cette enquête : implications croisées entre mon rôle de chercheur et mon rôle de chargée de mission**

En ce qui concerne les outils méthodologiques que j'ai utilisés pour réaliser mon enquête dans ce contexte, je peux évoquer l'observation participante, la participation observante et les entretiens.

#### **3.1. L'observation participante**

L'observation participante portait sur les diverses activités des membres de l'équipe : les entretiens formels et informels, dans les structures ou dans la rue, entre les intervenants de l'EMPP et les personnes sans-domicile; les échanges avec les équipes partenaires, sociales et médicales, lors des passages de l'EMPP dans ces structures, lors d'entretiens téléphoniques ou de réunions de synthèse. Pour observer ces situations, j'ai accompagné les membres de l'EMPP dans leur travail habituel, je passais quelques jours avec l'un d'entre eux, puis avec un autre. Je n'étais pas censée intervenir, dans le sens où je jouais le rôle de l'observateur et intervenait autant qu'un observateur : je disais bonjour et me présentait en tant que chargée de

mission<sup>1</sup>, j'écoutais ce qui se passait, éventuellement je parlais de la pluie et du beau temps avec les usagers et les partenaires et, à ces derniers, je posais éventuellement des questions comme le ferait un stagiaire. Il arrivait que j'attende un de mes collègues pendant longtemps dans la salle des professionnels des structures partenaires. Autant de situations qui m'ont permis d'observer les rapports entre les usagers et les intervenants EMPP, entre ceux-ci et les partenaires, entre ces derniers et les usagers, et de discuter informellement avec les différents acteurs. Des occasions également pour observer dans quel contexte ces interactions avaient lieu du point de vue du fonctionnement des structures, de l'architecture même des lieux et des relations qui s'y tissaient.

Il est important de préciser que j'ai tenu un journal de terrain avec des prises de note journalières. Ces notes concernaient aussi bien les observations des interventions que le discours des intervenants et des partenaires, éventuellement des usagers, avant et après les interventions. Elles portaient également sur la participation observante.

L'enquête, et plus particulièrement l'observation participante, a été très mal vécue par les membres de l'EMPP sans que je sache faire la part entre ce qui était reproché à ma personne et ce qui était provoqué par le contexte de l'enquête elle-même<sup>2</sup>. Certains collègues se sentaient observés tout le temps et comme je faisais partie de l'équipe, ils n'avaient pas un moment où ils pouvaient se sentir en « sécurité » : « *on se sent comme un rat de labo* », m'a dit la psychologue ou un « *microbe sous un microscope* », m'a dit un infirmier (JT, 07.04.05). Il m'a été interdit, à un moment donné, de prendre des notes pendant les réunions d'équipe et donc de rédiger des comptes rendus de ces réunions, alors que c'était une des fonctions de la chargée de mission. Certains résistaient très fortement et activement (par exemple, en m'empêchant autant que possible d'accéder à des sites et à des patients), d'autres se montraient indifférents. Il arrivait que les membres de l'EMPP me demandent « seulement »

---

<sup>1</sup> Comme « chargée de mission » ne veut rien dire pour la plupart de gens, après une discussion en équipe, nous nous sommes accordés pour me présenter comme membre de l'équipe mais précisant que j'avais des fonctions administratives et non pas soignantes.

<sup>2</sup> S. Beaud et F. Weber (1998) montrent l'importance de chercher à interpréter les malentendus entre l'enquêteur et les enquêtés au cours du terrain, comme une manière d'obtenir des informations qui font sens sociologiquement : « *Prenez ce malaise comme objet en partant de l'hypothèse que rien n'est jamais dû au hasard, qu'il y a toujours une cause (sociologique), n'abandonnez jamais ce principe de raison suffisante. Ne cédez pas non plus à la tentation psychologisante (« c'est une cinglée », un « mauvais coucheur », « il n'est pas sympa », etc.) qui vous décharge de la responsabilité d'analyser les ratés de l'interaction. Cherchez plutôt à comprendre pourquoi... Demandez-vous qui (quel type de personne sociale) vous représentez aux yeux de l'enquêté.* » (p. 273).

qui j'allais interviewer, quand, ce que j'allais demander et ce que j'avais eu comme réponse, mais ne s'opposaient nullement à ma présence auprès d'eux. D'autres enfin, bien plus rares, ont vu dans ma démarche une opportunité de réflexion et formalisation de leur pratique. Les réactions à l'enquête ont été globalement très fluctuantes : à certains moments, les oppositions et méfiances étaient plus fortes et à d'autres moments, moins. Un psychiatre m'a soutenu formellement, fortement et ce sur toute la période. Il faut dire que j'ai présenté les objectifs et la méthodologie de l'enquête à plusieurs reprises, en réunions d'équipe ou en conversations informelles. J'ai tenté de présenter l'enquête individuellement à chaque nouveau professionnel arrivant à l'équipe. J'ai enfin précisé régulièrement que je me tenais à disposition pour répondre à toute question concernant ma thèse. Personne ne m'a jamais rien demandé à ce sujet. Malgré cela, certains de mes collègues continuaient à dire qu'ils ne savaient pas de quoi il s'agissait et à m'attribuer l'intention de cacher certaines choses pour des raisons illégitimes, qu'ils ne précisaient pas. D'autres ont affirmé, à moi et en réunion d'équipe, que j'avais bien expliqué le dispositif, à plusieurs reprises et qu'ils l'avaient bien compris. Mon journal de terrain est bien fourni en situations qui montrent les résistances et les tensions. Dans cet extrait, la psychologue m'explique qu'une partie des tensions créées par ma recherche, notamment par le fait que je ne leur montre pas mon journal de terrain ni la transcription des entretiens avec les usagers, est que nos collègues n'ont pas :

*« ... de contrepartie narcissique au coût très élevé de l'effort narcissique que représente ma présence en tant qu'observatrice. A propos du secret sur le contenu des entretiens, je lui dis : il (un des infirmiers) disait qu'il a l'habitude d'entendre ce que les gens disent de lui, donc pas de problème à savoir ce que les gens vont dire de lui dans les entretiens avec moi (il disait ça pour dire qu'il n'y a pas raison pour garder en secret le contenu des entretiens). Coralie (la psychologue) dit que bien sûr que ce n'est pas vrai, que ça dérange, que ce n'est pas facile de traiter ces infos, mais qu'après c'est à chacun de se débrouiller avec cela, de faire avec. Coralie a ajouté que c'est important d'expliquer (l'objet et la méthodologie de ma recherche) mais qu'en fait cela ne réglerait pas le problème de ces défenses, que je peux expliquer mille fois, elles resteront là car trop intimes, trop profondes (ce ne sont pas ses termes exacts). » (JT, 29.07.05)*

Outre ce manque de « contreparties narcissiques », que la psychologue n'a pas su préciser, j'ai associé les résistances et les tensions des membres de l'EMPP au cours de l'enquête à trois

aspects. Tout d'abord, j'ai pu constater, comme le dit G. Devereux (1980), que les intervenants étaient d'autant plus dérangés par ma présence en tant qu'observateur que leur intervention était peu formalisée à leurs yeux. G. Devereux dit que l'observateur perturbe moins en observant un rituel (activité très structurée) qu'en observant la vie quotidienne des personnes (activité spontanée moins consciemment structurée). Il faut dire que la plupart des situations d'intervention sont peu formalisées, la pratique des professionnels de l'EMPP n'a pas de protocole et varie énormément à chaque situation. Ainsi, je fais l'hypothèse qu'une partie des résistances à l'observation participante pouvait être attribuée à cette absence de formalisation de leur pratique. Un deuxième aspect à mettre en relation avec celui-ci est que lorsqu'un chercheur pose des questions, il ne le fait pas au même titre qu'un stagiaire (N. Dodier, 1991) ou qu'un collègue. Du fait que ma position était difficile à assigner (j'observais en tant que chercheuse et en tant que chargée de mission), les questions que je posais étaient ni complètement celles de quelqu'un qui souhaite se socialiser dans le groupe, car elle fait ou doit faire partie du groupe (comme celle d'un stagiaire ou d'un collègue), ni seulement des questions d'un étranger qui allait ensuite partir et faire on ne sait pas quoi avec ces informations. Donc un aspect des tensions concerne le peu de formalisation de l'activité et l'autre aspect concerne le peu de précision à propos de la position de l'observateur. Enfin, et selon N. Elias (1980), la difficulté de la position du chercheur lorsqu'il acquiert une distance par rapport à un aspect de son groupe pour pouvoir l'étudier est que :

*« Il y a en fait dans tous ces groupes un niveau de distanciation qu'aucun de ses membres ne peut dépasser sans passer aux yeux de son groupe pour hérétique (et le devenir d'ailleurs ainsi), même si ses représentations ou théories concordent avec les faits observés et se rapprochent de ce que nous appelons la 'vérité' » (p. 27).*

Sachant que les soutiens et les résistances sont bien connus des sociologues dans le travail de terrain, j'ai pris en considération la difficulté ou la facilité qu'ils représentaient pour l'enquête (par exemple aller ou pas dans tel ou tel site, en fonction du soutien ou résistance des intervenants), mais je les ai aussi considérés comme une source supplémentaire d'informations. Par exemple, lors d'une tournée de nuit, un infirmier EMPP s'est montré exaspéré par les questions que je lui posais sur la prise en charge d'une personne qui ne présentait pas de pathologie psychique, d'après cet infirmier. Par contre, lorsque j'ai posé les



mêmes questions, un peu plus tard dans la même nuit, mais à propos de la prise en charge d'une personne psychotique, cela ne l'a pas dérangé. D'ailleurs c'est lui-même qui a mis ses réactions en parallèle lors d'une conversation quelques jours plus tard. Le refus ou la sollicitude à répondre à certaines questions, à montrer certains aspects de sa pratique pendant cette expérience m'ont informée qu'il y avait là une conception sur la légitimité à intervenir auprès des personnes selon qu'elles ont ou pas un trouble psychique et que cette question de légitimité à intervenir était fondamentale.

L'observation participante a été effectuée entre 2004 et 2007 par périodes et non pas de façon continue. C'est-à-dire que j'ai accompagné les membres de l'EMPP sur leurs lieux d'intervention pendant deux semaines au cours d'un mois, puis deux semaines quelques mois plus tard et ainsi de suite. Mais j'étais présente également à des événements ponctuels, comme les synthèses, voire des événements exceptionnels, comme lors de 2 interventions sous contrainte.

### 3.2. La participation observante

La participation observante<sup>1</sup> concernait toutes les situations dans lesquelles je devais intervenir en tant que chargée de mission, mais qui étaient également source d'informations pour ma recherche. En général, il s'agissait de discussions informelles avec des collègues ou des partenaires, mais surtout de réunions au cours desquelles éventuellement je proposais un thème de discussion ou je posais des questions pour approfondir un thème abordé. Ces discussions formelles et informelles faisaient l'objet de notes détaillées dans mon journal de terrain. Lorsqu'il s'agissait de réunions formelles, j'étais souvent chargée de rédiger les comptes rendus, qui étaient faits à partir d'une sorte d'extrait de mon journal de terrain. Par exemple, lors d'une réunion d'équipe hebdomadaire, j'ai proposé aux collègues de préciser le mode selon lequel les partenaires pouvaient les solliciter. La discussion a duré environ 2h, chacun explicitant son opinion sur les avantages et les inconvénients de telle ou telle manière de faire des autres collègues ou des partenaires. Ceci répondait à un besoin de l'EMPP et des partenaires, mais aussi cela me permettait de constituer mon matériau. Une synthèse de cette

---

<sup>1</sup> Julien Damon (2002, p.20) parle également de « participation observante » dans le cadre de son travail à la SNCF et au ministère du logement.

discussion a été soumise à l'équipe, sous la forme d'un compte rendu de réunion, pour validation. Puis ce contenu a été transformé en une note qui a été diffusée auprès des partenaires, comme une manière d'améliorer le circuit des demandes d'intervention adressées à l'EMPP. De même, toutes les réunions de coordination des EMPP parisiennes, notamment celles sur les chiffres de l'activité de l'ensemble de ces équipes pour préparer les rapports annuels d'activité, ont également été des moments précieux pour compléter mon matériau, alors qu'il s'agissait des tâches qui relevaient de la chargée de mission.

Cela signifie qu'en tant que chargée de mission, je participais aux réunions au même titre que les autres participants, je ne leur apportais pas, en tout cas pas formellement, une connaissance particulière, comme dans l'« approche organisationnelle ». Ou alors, si je le faisais, c'est de la même manière que le ferait un infirmier, un médecin ou un travailleur social d'une des équipes présentes à la réunion. Par exemple, lors de la rédaction d'un compte-rendu de réunion ou d'un rapport d'activité, je proposais un document martyr, chacun apportait sa contribution au même titre que les autres et tout le matériel produit était accessible à tous. En revanche, pour la recherche, même si je discutais très souvent et très en détail avec les acteurs pour préciser une définition, pour comprendre une action, pour corriger un texte, voire pour écrire un texte ensemble, j'étais loin de travailler avec les méthodes de la recherche sociale (comme l'intervention sociologique, la recherche-action, et l'approche organisationnelle de l'action sociale). Les intervenants de l'EMPP n'ont pas lu ni participé à la rédaction de mes grilles d'entretiens, de mes grilles d'observation ou de mes chapitres, sauf le psychiatre.

Dans le cadre des participations observantes, j'étais indigène et j'intervenais d'abord en tant que telle, en tant que chargée de mission, membre de l'EMPP. L'avantage pour moi en tant que chercheur était qu'il s'agissait d'un groupe très hétérogène du point de vue du langage, des conceptions sur le travail à réaliser, sur la manière de le réaliser. Ainsi, pour devenir indigène, je n'avais pas à effectuer l'apprentissage d'un modèle fort, d'un langage, d'une manière de faire ou de penser, car il n'y avait pas de modèle ou bien il y en avait un par intervenant. C'est ce qu'exprime Melissa, 34 ans, infirmière de l'EMPP :

*« Pour moi, au début c'était difficile de caler mon regard sur celui de l'EMPP, d'autant plus que le regard de l'EMPP, j'ai eu du mal à le cerner. C'est-à-dire, j'ai pas senti d'osmose professionnelle, il y avait une espèce de bloc tellement fort que soit je m'y identifiais, soit je partais, soit je m'identifiais à un bout du bloc soit à un autre, c'était pas le même bloc et paradoxalement c'était dans la même équipe. Du coup, j'ai mis du temps à me caler par rapport à ce que les uns et les autres étaient en droit et en devoir de faire ou dans quoi ils inscrivaient ce qu'ils faisaient et moi, il fallait que je me retrouve là- dedans. C'est ça ce qui a été difficile pour moi.*

*AM : C'est ce que tu me disais tout à l'heure, qu'il n'y avait pas un regard unique...*

*C'est ça. Après, il y avait pas une idéologie suffisamment forte et ancrée, pas suffisamment... il y avait pas d'idéologie forte et ancrée. Il y avait pas d'idéologie, il y en avait plusieurs ; il y avait même des choses qui n'étaient pas de l'ordre de l'idéologie mais de la prise forte de position où il n'y avait pas d'idéologie travaillée et réfléchie. Ça donnait des espèces de strates d'intervention, de pensée, qui faisait que les uns et les autres, j'avais du mal à me situer. Puis j'ai pris mon parti, j'ai opté pour quelque chose pour laquelle j'étais là... »*

Faute d'une « idéologie forte » sur laquelle j'aurais dû m'aligner, j'ai pu développer ma manière individuelle d'être et de penser l'équipe avec une distance par rapport aux discours et pratiques des autres membres, d'autant plus que chacun d'entre eux se distinguait par rapport aux autres collègues. L'expression d'« électron libre » revient souvent dans les entretiens des intervenants EMPP pour désigner le statut de chaque membre de cette équipe. Cette hétérogénéité de l'équipe et la possibilité d'être moi aussi un « électron libre » m'a aidé à ne pas être un participant pur (tel que je l'ai défini plus haut), à prendre du recul et à pouvoir mener l'enquête avec une position entre celle de l'observateur participant et celle du participant observateur.

La particularité de ma position est que faire des observations sur le terrain et produire des connaissances sur cette EMPP fait partie de mon travail, indépendamment de ma recherche. Du fait de ma participation observante, cette construction de connaissances avec les acteurs du terrain, plus particulièrement avec les membres de l'EMPP, est à l'œuvre dans le quotidien dès mon entrée sur le terrain. A tel point que déjà à la fin de la première année, je me posais la question de l'utilité de mener des entretiens formels auprès des membres de l'équipe. Par exemple : dès que j'ai un doute dans une situation particulière, je peux discuter avec la personne susceptible de m'éclairer sur ce point ou bien un débat aura lieu autour de la rédaction d'un texte ou encore, au moment d'un repas à midi, on aura l'occasion d'approfondir une question et de construire une réponse, qui sera éventuellement elle aussi à son tour remise en question quelques jours plus tard par les mêmes personnes ou par d'autres. C'est, en grande partie, par cette modalité de participation observante, qui prenait ici la forme d'une multitude d'entretiens informels et qui pouvaient durer longtemps, que s'est construite une partie de mon matériau. Mais cette manière de faire a contribué également à mettre à l'épreuve au fur et à mesure quelques bribes d'analyse, ce qui me permettait de les adopter, les écarter ou les modifier. Et cela permettait aussi aux acteurs de les utiliser, si cela leur semblait pertinent, pour leur intervention, dans une sorte de restitution continue et informelle, puisqu'il ne s'agissait pas de rapports d'étape.

La participation observante et l'observation participante ont commencé en janvier 2004, lorsque j'ai pris mes fonctions dans l'EMPP, et ont duré toute la période de la recherche. D'ailleurs, s'il a été facile de limiter le terrain de l'observation participante et des entretiens, il a été beaucoup plus difficile de limiter celui de la participation observante, du fait que j'ai continué sur le terrain pendant la rédaction de cette thèse, et que donc des informations m'arrivaient constamment. Autrement dit, s'il était facile de ne plus accompagner les collègues, ou presque pas, dans leurs activités habituelles à partir de septembre 2007, s'il était facile d'arrêter de faire des entretiens formels, il m'était impossible de ne plus participer aux réunions, internes ou avec les partenaires, à savoir entre trois et quatre réunions par semaine en moyenne. Une des solutions était de ne plus prendre de notes dans mon journal de terrain, à partir de septembre 2007, ce qui est une manière bien artificielle de clôturer un terrain, d'autant plus qu'en tant que chargée de mission, je continuais à rédiger des comptes-rendus de réunion.

Bien évidemment, cette division entre observation participante et participation observante n'est pas aussi tranchée dans la pratique. Car si en tout état de cause, j'étais dans l'exercice de mes fonctions de chargée de mission, le plus souvent j'étais entre les deux, je glissais plus vers l'une ou l'autre de ces deux positions, dans un exercice compliqué d'engagement dans l'action en cours ou, au contraire, de prise de recul, essayant de profiter au maximum de la position dans laquelle je me trouvais. Par exemple, lors d'une réunion, il était question de la suite à donner à la prise en charge d'un patient : fallait-il continuer à aller le chercher sur son site pour l'accompagner au CMP<sup>1</sup> ou lui donner rendez-vous directement au CMP ou encore le laisser y aller tout seul ? Chaque membre de l'équipe, y compris moi-même, présentait son point de vue, le pour et les contre ; parfois, l'avis des uns contrariait, voire agaçait, les autres et, dans ce contexte, j'agissais plutôt comme participant-observateur. Puis à un moment donné, je les ai encouragés à préciser leurs arguments, à expliciter leurs raisons, à comparer cette situation à celle d'autres patients, comme je fais habituellement dans les entretiens individuels, comme s'il s'agissait là d'un entretien collectif. Je cherchais à obtenir des éléments pour comprendre le passage de relais entre l'EMPP et le CMP (chapitre 7). Pour ce faire, j'ai dû prendre du recul, comme si je sortais de la mêlée pour adopter un autre point de vue, une autre position, celle d'observateur-participant. Une fois ce sujet conclu, un autre a été abordé et j'ai de nouveau adopté la position de participant-observateur. Ce changement de position apparaît assez bien dans la prise de note directe, car en tant que participant-observateur je note moins sur le moment et je dois reprendre le journal de terrain le soir pour finir mes phrases, par exemple. D'ailleurs, pour ce qui est des observations participantes dans la rue et dans les centres, les notes sont prises après l'observation et non pas en même temps. Elles ont la forme d'un récit. Au contraire, pour la participation observante, les notes sont prises au moment de l'action et ne sont pas retravaillées par la suite. Aussi, l'utilisation du « nous » et du « eux » marquent les glissements entre ces deux positions. Je vais donc utiliser par la suite le terme observation/participation pour montrer cette position intermédiaire et fluctuante entre l'observation-participante et la participation-observante.

---

<sup>1</sup> CMP : Centre Médico-Psychologique (pour plus de détails sur les sigles, voir l'annexe 1).

### 3.3. Les entretiens

Enfin, le troisième outil méthodologique utilisé a été les entretiens semi directifs auprès des différents acteurs en présence sur le terrain. J'ai effectué un total de 48 entretiens, menés en deux séries, une pendant l'été 2005 (29 entretiens) et l'autre pendant l'été 2007 (19 entretiens). Le tableau ci-dessus explicite la distribution des entretiens par groupe d'acteurs, à savoir : partenaires, usagers et membres de l'EMPP.

Tableau 2 : Nombre d'entretiens par groupe d'acteurs

<b>Entretiens</b>	<b>48</b>
Partenaires	23
- psychiatrie	07
- social	16
Usagers	19
EMPP	07

Pour une autre visibilité de la diversité du champ couvert par les entretiens auprès des intervenants, il est intéressant de préciser la distribution en fonction du métier, toutes institutions confondues : 10 infirmiers, 7 médecins, 8 conseillères sociales, 3 animateurs, 1 auxiliaire de vie, 1 AMP<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> AMP : Aide Médico-Psychologique (voir note dans l'annexe 1).

Tableau 3 : Nombre d'entretiens par métier et par groupe d'acteurs

ENTRETIENS	En 2005 : 29	En 2007 : 19	Total : 48
<b>Partenaires</b>			<b>23</b>
Secteur psychiatrique			<b>7</b>
Infirmiers	0	2	2
Assistantes sociales (AS)	0	3	3
Médecins psychiatres	0	2	2
<b>Structures Sociales*</b>			<b>16</b>
Infirmiers	5	0	5
Conseillères sociales (CS)	4	0	4
Animateurs	2	0	2
Auxiliaire de vie	1	0	1
Médecins généralistes	4	0	4
<b>Usagers</b>	10	9	<b>19</b>
<b>EMPP</b>			<b>7</b>
Infirmiers	0	3	3
Assistante sociale (AS)	1	0	1
Aide médico-psychologique	0	1	1
Médecin psychiatre	1	0	1
Psychologue	1	0	1

\*Parmi les cinq infirmiers, un était le responsable de la structure. Parmi les quatre conseillères sociales, une était assistante sociale. Un des animateurs était le coordinateur de l'équipe d'animateurs en journée.

J'ai eu sept refus d'entretien : quatre femmes en trois LHSS<sup>1</sup> différents, deux femmes à la rue et un homme, médecin généraliste partenaire. Les refus portaient sur le principe même de l'entretien ; ils étaient exprimés avant la connaissance de mes objectifs et ne changeaient pas après mes précisions. Il semblerait que parmi les personnes en situation de rue, les femmes aient plus de mal à accepter les entretiens que les hommes. Un cinéaste qui faisait un

---

<sup>1</sup> LHSS : Lits Halte Soins Santé.

documentaire dans l'Institution Sociale Partenaire, en 2007, a retrouvé la même difficulté : d'après lui, les hommes sont souvent candidats spontanés aux entretiens alors que les femmes sont très réticentes, voire résistantes ; ou encore, elles acceptent mais pour un autre jour, puis le lendemain elles remettent à plus tard et ainsi de suite. G. Dambuyant-Wargny (2000) partage ce constat : *« il est quasiment impossible de fixer des rendez-vous et, de fait, les entretiens s'effectuent, le plus souvent, 'sur le champ', au risque d'avoir des entretiens ratés ce qui est souvent le cas pour les femmes. »* (p.75)

Sur 48 entretiens, 40 ont été enregistrés et retranscrits. Les entretiens qui n'ont pas été enregistrés (8), à la demande de l'interviewé, ont fait l'objet d'un récit très détaillé. Je les considère comme des entretiens formels, à la différence des conversations informelles que j'ai pu avoir avec les acteurs, du fait que j'avais mon guide d'entretien en tête et que la conversation a tourné autour de ces thèmes. Aussi le cadre - d'un entretien pour ma thèse - était posé : les personnes savaient pourquoi j'étais venue les rencontrer. En revanche, les conversations informelles ont été consignées dans mon journal de terrain au même titre que les observations. C'est le cas des multiples conversations entretenues avec notamment les membres de l'EMPP, souvent de plus d'1h, entre un collègue et moi, où je lui demandais des éclaircissements sur un thème ou un autre, qui servait à la fois à mon travail en tant que chargée de mission et à mon étude. Je ne les ai pas comptées comme des entretiens, d'autant plus que je ne les ai pas transcrites dans un souci d'exhaustivité, comme je l'ai fait avec les entretiens formels non enregistrés, où je me suis efforcée de reprendre tous les points abordés, en essayant d'être le plus fidèle possible à ce qui a été dit.

#### a. Les conditions des entretiens :

Malgré cette difficulté à fixer des rendez-vous dont parle G. Dambuyant-Wargny, j'ai souvent proposé un rendez-vous aux personnes interviewées, y compris les usagers, surtout lorsque l'entretien devait avoir lieu dans une institution, car de ce fait, il était plus facile de les retrouver. Lorsqu'ils étaient dans la rue, au contraire, j'ai parfois essayé de démarrer l'entretien « sur le champ », comme je le préciserai par la suite. L'objectif de proposer un rendez-vous était de faire en sorte que la personne ne se sente pas contrainte à l'accepter. Je craignais cet effet de contrainte du fait de ma position en tant que membre de l'EMPP. Surtout quand la proposition d'entretien était faite après un entretien de la personne avec un



intervenant EMPP, voire même était introduite par celui-ci<sup>1</sup>. Dans ce sens, j'évitais d'insister pour obtenir un entretien, mais il était difficile de savoir si la personne n'était pas venue au rendez-vous parce qu'elle avait oublié<sup>2</sup>, et dans ce cas je me sentais autorisée à proposer un autre rendez-vous, ou si c'était sa manière de dire non, et dans ce cas, je n'insistais pas. La plupart des personnes, y compris les membres de l'EMPP, a très facilement accepté l'entretien. J'expliquais ce que je faisais et essayais de fixer une date à la convenance de la personne. Le plus souvent, les personnes (usagers et partenaires) proposaient que l'entretien se fasse immédiatement, plutôt que de prendre rendez-vous.

Il faut préciser que j'avais rencontré toutes les personnes interviewées au moins deux ou trois fois, avant de leur proposer l'entretien et ce dans le cadre de mes observations participantes - pour les usagers et les partenaires du social - ou de mes participations observantes – pour les partenaires de la psychiatrie. L'exception a été l'assistante sociale et le psychiatre d'un des secteurs, que je n'avais jamais rencontrés avant l'entretien, entretien que j'ai proposé par téléphone, alors que tous les autres l'ont été *de visu*. Avec les rencontres précédant la proposition d'entretien, je pensais créer un contact, voire une certaine proximité avec les personnes à interviewer, mais aussi faire jouer une complémentarité entre les observations et les entretiens. Ainsi, les situations partagées avec la personne à interviewer, lors de ces rencontres précédant les entretiens, pouvaient me permettre d'aborder certains sujets (« quand je suis venue l'autre jour avec le Dr Untel, il vous avait dit que... comment cela s'est-il passé après ? ») et pouvaient également m'aider dans l'analyse de ces entretiens par la suite.

En plus des informations obtenues lors de rencontres précédentes, le fait de faire partie de l'EMPP m'a permis de connaître des éléments divers sur les personnes interviewées et de pouvoir ainsi aborder certains thèmes, ce qu'autrement j'aurais eu du mal à faire. En même temps, il ne fallait pas évoquer des informations que j'avais obtenues par l'équipe, par exemple, je ne pouvais pas dire à Patrick : « et le traitement de votre cancer ? » Par contre, j'ai pu profiter de sa toux pour lui poser des questions sur sa santé, puis comme il n'a pas

---

<sup>1</sup> Cela prenait souvent la forme de : « Ana fait des études à la faculté et dans ce cadre elle a besoin d'interviewer plusieurs personnes. Si vous êtes d'accord, je vous laisse quelques minutes et elle peut vous l'expliquer. » Les différents intervenants EMPP ont trouvé des formules de ce type, sans accord préalable entre nous, ni apparemment entre eux. En plus, cela correspondait à ma manière d'aborder les personnes, lorsque je devais le faire sans la médiation de l'équipe.

<sup>2</sup> Ce type d'oubli est fréquent chez cette population pour tout type d'entretien médical, social ou autre ; il s'agit même d'une caractéristique de cette population, selon la littérature (par exemple, J.P.Martin, 2000) et les acteurs du terrain.

parlé de cancer, j'ai pu insister sur cette question. Un autre exemple : du fait des informations que j'avais par ailleurs, lorsqu'Antoine m'a dit que personne ne venait le voir, j'ai pu évoquer les passages réguliers des membres de l'EMPP. Il a dit que oui, mais c'est tout. Je continuais : et la DPP ? Et lui : « oui, mais c'est tout », puis silence. Et moi : votre frère, je l'ai rencontré ici l'autre jour. Et lui : « ah, oui, heureusement qu'il est là pour m'aider, il s'occupe de moi ». J'insistais encore : et la Croix Rouge ? « Ah, oui, puis le mec de la Croix Rouge, il faudrait que tu le rencontres... ». C'est-à-dire que si je n'avais pas eu ces informations, j'aurais pensé qu'il était complètement isolé, j'aurais compris sa difficulté d'accès aux soins tout à fait autrement.

Ceci pose la question du « prendre au sérieux » le discours des usagers ; ce n'est pas que je cherche à obtenir la vérité, je prends ce qu'ils donnent et en tant que tel, mais si j'ai une information qui ne correspond pas à ce qu'ils disent, je peux les pousser un peu à aborder certains sujets, à préciser certains points.

#### b. Les critères de recrutement des interviewés

Le choix des personnes à interviewer a répondu à un certain nombre de critères qui s'articulaient de manière souple à partir d'un critère principal : leur participation aux prises en charge des personnes rencontrées par l'EMPP<sup>1</sup>. C'est-à-dire qu'à partir d'une ou plusieurs situations partagées, j'essayais d'interviewer les différents acteurs concernés<sup>2</sup>. Par exemple, lors d'une situation d'intervention sous contrainte, j'ai utilisé mon observation/participation aux réunions d'équipe où cette situation a été évoquée à plusieurs reprises, avant et après l'intervention, ainsi que les comptes rendus de ces réunions. J'ai également utilisé le matériau produit à partir de mon observation/participation à l'intervention en question, en tant qu'observateur-participant accompagnant les intervenants EMPP, ainsi que le matériau

---

<sup>1</sup> Donc pour les personnes vivant dans les circuits de rue, le critère était le fait d'être ou d'avoir été pris en charge par l'EMPP, à l'exception de deux usagers que j'ai rencontré en CMP. Ces entretiens deux avaient pour but d'entrevoir une autre population de personnes vivant dans les circuits de rue et qui accède aux soins psychiatriques par ses propres moyens.

<sup>2</sup> Sur ce point, G. Devereux (1980) dit qu'il est intéressant de faire raconter par différents enquêtés des scènes que l'on a observées, pour avoir leur point de vue, savoir ce qu'ils valorisent dans le récit. S. Beaud et F. Weber (1998, p. 274) en parlent également. Aussi, cela met sur le même plan mon observation/participation et le discours de chacun des différents acteurs, qu'ils soient usagers ou intervenants. Mais surtout, cela me permettait d'avoir, par les différents interlocuteurs, la diversité d'éléments participant au travail micropolitique : l'opinion des différents acteurs sur qui était ou n'était pas pas légitime pour intervenir ou ne pas intervenir et leurs arguments.

produit à partir de mon observation/participation aux discussions informelles entre les membres de l'EMPP avant et après cette intervention. J'ai pu aborder cette situation en entretien avec les partenaires du social qui connaissaient l'utilisateur pris en charge, avec les partenaires du secteur de psychiatrie qui l'ont pris en charge par la suite et avec les intervenants EMPP concernés. Je n'ai pas pu interviewer l'utilisateur concerné, faute d'obtenir l'autorisation du chef du service avant la fin de son hospitalisation. Cet utilisateur a ensuite quitté la région. Par contre, à propos d'une autre personne prise en charge par l'EMPP, j'ai pu interviewer l'utilisateur lui-même, son psychiatre référent, son assistante sociale au CMP et les intervenants EMPP concernés par la prise en charge. D'autres critères pour choisir les interviewés étaient :

- le métier des partenaires : pour avoir une diversité de points de vue, j'ai cherché à rencontrer des animateurs, des assistantes sociales, des médecins, des infirmiers, des coordinateurs ou cadres de santé ; souvent ces personnes connaissaient plusieurs personnes rencontrées par l'EMPP et pouvaient évoquer des prises en charge communes.
- leur temps de contact avec l'EMPP : pour appréhender des éventuels changements dans le travail et les relations au fil du temps ou des éventuels effets d'apprentissage dans le rapport aux services et aux autres acteurs. J'ai donc essayé de rencontrer aussi bien des personnes travaillant depuis longtemps dans l'institution que des professionnels arrivés récemment. Concernant les utilisateurs, j'ai essayé de rencontrer des personnes suivies depuis longtemps par l'EMPP, d'autres qui avaient été rencontrées une à trois fois, d'autres qui n'étaient plus suivies. J'ai enfin rencontré 2 personnes qui n'avaient jamais rencontré cette équipe et qui étaient suivies dans un CMP.
- le sexe : j'ai souvent entendu dire par les intervenants sociaux ou psychiatriques, qu'ils se sentent plus en sécurité lorsqu'au moins une des personnes du service est un homme. Ceci marque une différence liée au sexe, dans le rapport entre intervenants et utilisateurs. Ainsi, j'ai voulu entendre aussi bien des hommes que des femmes, dans chaque métier, pour appréhender des éventuelles particularités de point de vue liés au sexe. Pour les partenaires, j'ai essayé d'avoir à peu près autant d'hommes que de femmes, sauf pour les assistantes sociales, car il n'y avait aucun homme exerçant ce

métier dans les services concernés. Ainsi, j'ai rencontré 3 infirmiers et 4 infirmières ; 1 animateur et 1 animatrice ; 3 médecins femme et 4 médecins hommes. Par rapport aux usagers, j'ai essayé de m'approcher de la proportion de la file active de l'EMPP, qui tourne autour de 35% femmes et 65% hommes, ce qui a été atteint avec beaucoup de difficulté. Comme je l'ai dit plus haut, il est plus difficile d'obtenir des entretiens auprès des femmes, parmi les personnes dans les circuits de rue. J'ai interviewé 14 hommes et 5 femmes.

- l'âge : varier l'âge des interviewés avait pour objectif d'éviter d'avoir un effet d'âge dans le point de vue obtenu dans les entretiens. C'était un critère mais étant donné les contraintes de tout type, c'est vrai qu'il n'a finalement pas beaucoup joué. Ainsi, je n'ai pas d'usagers très jeunes ni très âgés. Ils ont entre 44 et 65 ans, une seule d'entre eux a environ 75 ans<sup>1</sup>. Cette tranche d'âge est la plus représentée dans la file active de l'EMPP<sup>2</sup> et de l'Institution Sociale Partenaire. Pour les infirmiers, très nombreux, j'ai eu plus le choix, mais pour les autres professionnels, j'ai peu utilisé ce critère : sur le terrain, les travailleurs sociaux de plus de 45 ans étaient rares et il n'y avait aucun médecin de moins de 40 ans. J'ai essayé de varier autant que possible.
- leur distribution dans les différents lieux : il me semblait important de varier les lieux de recrutement des interviewés afin d'éviter l'effet de site. Sachant que chaque secteur de psychiatrie a une certaine manière de fonctionner qui dépend notamment du chef de service. Sachant que les différentes structures du dispositif social ont leur spécificité, même s'il s'agit du même type de structure (ainsi, deux LHSS peuvent être très différents, comme je le montrerai plus tard). Sachant enfin, que certains usagers ne vont que très rarement dans les structures sociales ou psychiatriques et que pour les rencontrer, il faut aller dans la rue autrement ils sont exclus de l'étude. Aussi, le discours d'une même personne peut être différent selon que l'entretien se déroule à la rue ou dans un LHSS ou dans un hôpital psychiatrique<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> L'âge des usagers est souvent approximatif car cette information n'est pas toujours facile à obtenir.

<sup>2</sup> Selon les rapports d'activité de l'EMPP, l'âge moyen des personnes prises en charge était de 44,22 en 2005 avec 49% entre 40 et 59 ans ; de 46,23 en 2006, avec 53% entre 40 et 59 ans et de 48,70 en 2007, avec 58% entre 40 et 59 ans. La tranche 50 à 59 ans est toujours la plus représentée.

<sup>3</sup> Il est connu que les personnes changent beaucoup d'apparence et de comportement après deux ou trois jours dans un lieu d'hébergement, surtout en LHSS, ce qui est attribué à la reprise de rythmes réguliers de vie (dormir la nuit, prendre trois repas corrects et à des heures régulières, hygiène...). D'ailleurs l'AMP (aide médico-psychologique) de l'EMPP m'avait dit que lorsqu'il accompagnait Patrick de son site à la rue pour prendre une

- Pour les partenaires du social, j'ai rencontré des professionnels d'un centre d'hébergement d'urgence et de deux LHSS, sachant que plusieurs de ces professionnels m'ont parlé de leurs expériences dans d'autres structures de cette même institution où ils avaient travaillé auparavant, notamment dans les Equipes Sociales de Rue.
- Concernant les partenaires psy, j'ai interviewé des professionnels de 3 secteurs parisiens : un infirmier et une assistante sociale pour un des secteurs ; un infirmier, une assistante sociale et un psychiatre pour le deuxième ; et, enfin, une assistante sociale et un psychiatre pour le dernier des 3 secteurs.
- Enfin, j'ai interviewé des usagers dans différentes structures et à la rue, comme indique le tableau ci-dessous. J'indique le lieu où l'entretien a été réalisé, sachant que souvent les personnes circulent : par exemple, elles peuvent être, en même temps ou successivement, hébergées dans un centre d'hébergement, passer la journée à la rue et être suivies en CMP. Elles peuvent également être à un moment dans un LHSS et à un autre, à la rue, puis quelques semaines chez un copain, avec quelques jours en intermittence à la rue, puis 3 semaines à l'hôpital psychiatrique, puis retour à la rue alterné avec hôtel et CHU<sup>1</sup>. Il me semble important de souligner que les personnes que j'ai interviewées dans la rue allaient très rarement dans les institutions, voire uniquement sous contrainte.

Tableau 4 : Les lieux où les entretiens auprès des usagers se sont déroulés

Usagers	En 2005	En 2007	Total : <b>19</b>
LHSS	8	0	8
CHU	0	1	1
Rue	1	4	5
Secteur (CMP ou hôpital)	0	4	4
Autres	1	0	1

---

douche, il avait l'impression que la personne qu'il avait dans le camion avant la douche n'était pas la même qu'il ramenait sur son site, tellement son comportement changeait une fois lavé et habillé proprement. Donc varier le lieu de l'entretien – rue, centre, CMP, hôpital - permet de varier le type de discours obtenu, non seulement par rapport aux caractéristiques des gens qui sont plutôt à la rue en comparaison de ceux qui sont plutôt dans les centres, aux discours qui peuvent émerger dans ces différents lieux. A ce propos, voir également A. Vexliard (1957, p. 103 et 104) qui montre comment les entretiens dans les institutions produisaient souvent un discours conventionnel, surveillé (« je cherche du travail »), manquant de spontanéité.

<sup>1</sup> CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence.

### c. Quelques précisions à propos des entretiens dans la rue

Il me semble important de préciser que le dispositif d'entretiens dans la rue demande une très grande disponibilité de la part du chercheur, notamment en termes de temps. En effet, les rencontres sont très aléatoires et parfois il faut passer plusieurs fois avant de rencontrer la personne, même si la personne est fixée sur un lieu précis. Parfois elle est partie chercher un sandwich ou prendre une douche. Il m'est arrivé de passer en voiture, voir la personne et le temps de me garer, elle n'y était plus. Au contraire, j'ai rencontré la personne par hasard, alors que je ne m'y attendais plus, en passant devant son site pour la énième fois, et là voilà enfin. Il m'est arrivé de m'installer dans un café, pas loin de « chez » une personne, en attendant qu'elle revienne. Ainsi, parfois on n'obtient pas un entretien non pas parce que la personne le refuse, mais parce que tout simplement on n'arrive pas à la joindre. Aussi, pendant l'été 2007, des multiples actions de police ont provoqué le déplacement des personnes qui habituellement étaient fixées dans des lieux bien précis. Les équipes intervenant dans la rue, sociales ou autres, faisaient le constat que l'effet de ces actions était la rupture des liens et des prises en charge, avec parfois des démarches qui aboutissaient après des mois d'attente et là, la personne intéressée ne pouvait plus être retrouvée. Le tableau 5 montre les personnes que j'ai essayé de contacter dans la rue, les nombreuses visites sur site, les moins nombreuses rencontres et le peu d'entretiens effectués.

Tableau 5 : Les visites sur site et les entretiens dans la rue

	Visites	Vend 3 août	Dim 5 août	Mer 8 août	Jeu 9 août
Patrick	10	3 fois NT*	2 rencontres	3 fois NT	NT + <b>entretien</b>
Antoine	7	1 rencontre + 2 fois NT	<b>entretien</b>	2 fois NT	NT
Maurice	3	1 rencontre	1 rencontre	1 rencontre	NR*
Fatima	5	NT	NT	<b>entretien</b>	NT + <b>entretien</b>
Corinne	4	1 rencontre	1 rencontre	2 rencontres	NR
Marie	2	NT	NT	NR	NR
Isabelle	4	1 rencontre	dormait	2 rencontres	NR
Catherine	2	NR	NR	2 rencontres	NR
Julie	1	NT	NR	NR	NR

\* NT – non trouvé. La personne n'a pas pu être rencontrée lors de mon passage sur son site et alentours. NR – non recherché.

Il a donc fallu 38 déplacements pour obtenir 4 entretiens. J'insiste sur le fait que j'avais déjà rencontré toutes ces personnes en présence de l'EMPP, à l'occasion des observations. Cependant, les rencontres comptabilisées dans ce tableau sont uniquement celles effectuées dans le but précis d'obtenir un entretien et sans la présence de l'EMPP. Lors de ces rencontres, je rappelais mes visites antérieures pour faire jouer le lien avec cette équipe, comme une carte de visite, mais aussi pour pouvoir reprendre les situations observées, comme je l'ai dit plus haut<sup>1</sup>.

Le fait de mener des entretiens dans la rue m'a permis de me mettre d'une certaine manière dans une position semblable à celle des intervenants vis-à-vis des personnes rencontrées dans la rue : essayer de « faire accepter » les entretiens ; négocier mon identification (préciser ou pas mon appartenance à l'EMPP et la demande d'un entretien pour la thèse ; à quel moment préciser mon identité) ; donner ce que l'utilisateur demande ou ce qui pourrait lui faire plaisir (cigarette, café, eau) pour rentrer dans la relation et accomplir ma mission ; enfin, établir une relation suffisante avec la personne pour que je puisse obtenir ce qui me convient (l'entretien) mais pas trop, que ce pourquoi je suis venue ne soit pas clair. Les arguments et manières de faire des intervenants, recueillis en entretiens et observations, ont pris une autre intensité pour l'analyse après cette expérience d'entretiens dans la rue.

### 3.4. L'analyse du matériau

Dans cette discussion sur les outils méthodologiques, les trois premiers aspects (l'observation participante, la participation observante et les entretiens) portaient sur les outils de production du matériau et, en passant, sur la restitution progressive et informelle des résultats partiels de l'enquête. Ce quatrième point portera sur l'analyse du matériau et sur l'impact, dans cette analyse, de ma position sur le terrain.

---

<sup>1</sup> A propos des entretiens à la rue, voir par exemple C. Girola (1996), S. Rullac (2006) et A. Vexliard (1957), notamment sur les rencontres sans passer par l'intermédiaire d'institutions et sur la manière de se présenter aux personnes. C. Girola (1996, p.87) parle de « relation directe », c'est à dire sans médiation des institutions, dans le but justement d'éviter qu'un cadre soit posé d'emblée à ces rencontres, cadre donné par l'institution de médiation. Par contre, elle explique assez rapidement aux personnes rencontrées l'objectif de la rencontre, à savoir son étude. S. Rullac (2006, p.48), parle de « relation ouverte », lorsque, outre l'absence de médiation par les institutions, il ne présentait pas l'objectif des rencontres, en se présentant comme un habitant du quartier et qui, à force de passer, avait décidé de s'arrêter un peu pour parler. A. Vexliard (1957, p.105) a rencontré des personnes dans des institutions et dans la rue, sans médiation institutionnelle. Il se présentait comme collaborateur d'un service social nouveau qui n'avait pas encore d'actions mais qui avait besoin d'informations sur les usagers potentiels.

J'ai utilisé la méthode comparative continue de codage et analyse de B. Glaser et A. Strauss (1967) pour l'analyse de l'ensemble du matériau. Cette méthode présente plusieurs avantages : tout d'abord, le codage et l'analyse étant effectués en même temps, hypothèses, catégories et propriétés émergent progressivement du matériau ; aussi sont-elles reformulées et affinées au fur et à mesure que ce travail avance. Il ne s'agit donc pas de traiter le matériau pour tester une ou des hypothèses formulées préalablement. Un autre aspect intéressant de cette méthode réside dans le fait que le chercheur procède à l'analyse en même temps que la collecte de données :

*« Si les données sont collectées, comme nous le proposons, par un échantillonnage théorique en même temps qu'elles sont analysées, l'intégration de la théorie émerge plus facilement. En articulant collecte et analyse, le sociologue exploite au mieux les modèles d'intégration in vivo qu'il trouve dans les données ; la collecte de données cherche à combler les manques et à étendre la théorie – la stratégie intégrative est déjà présente à ce niveau. » (p.293)*

Etant donné que je ne pouvais pas quitter le terrain après la production du matériau, j'ai pu utiliser cette présence continue comme un avantage, même pendant la période d'analyse. En effet, au départ il me semblait que cela impliquerait une difficulté à prendre du recul par rapport au terrain pour avoir une plus grande objectivité dans l'analyse. Je pensais, par exemple, à S. Beaud et F. Weber (1998) qui parlent de l'importance de quitter physiquement le terrain pour mettre fin au travail de terrain et passer à l'analyse et à la rédaction. Et ils mettent le chercheur en garde contre ce qu'ils appellent le « syndrome du terrain interminable » :

*« ... vous devez dorénavant vous dire que le « terrain » est fini. (...) le plus important reste à faire : traiter votre matériel, le classer et rédiger. Pour ce faire, vous devrez couper radicalement avec le terrain, vous retirer un peu du monde et vous consacrer le plus possible à ce travail d'analyse et interprétation. Dites-vous bien – c'est très important psychologiquement – que votre matériel est ce qu'il est, malgré ses lacunes, malgré ses défauts, malgré son incomplétude, malgré vos gaffes (qui n'en a pas fait !). Dites-vous aussi que vous n'allez pas en changer :*



*vous n'en avez pas le temps et ce qui est fait est fait. Conséquence : vous devez faire avec et ne plus vous soucier de recommencer l'enquête. C'est le fantasme de tout chercheur de terrain que de vouloir sans cesse recommencer l'expérimentation. » (p.231)*

Ainsi, la question de la fin du terrain se posait de manière plus aigue pour moi, qui ne pouvait pas la marquer par une distance physique. Cependant, avec la notion de saturation théorique de B. Glaser et A. Strauss (1967), et avec leur méthode comparative continue, j'ai procédé à la constitution de mon matériau en même temps que j'effectuais le codage/analyse et à mesure que les catégories ou les hypothèses étaient saturées, j'arrêtais la production de matériau les concernant, tout en continuant à combler les manques relatifs à d'autres catégories ou hypothèses. Le terrain ne pouvait pas s'éterniser parce que, faisant le codage/analyse en même temps, la saturation théorique indiquait sa fin.

**Partie I :**

**L'émergence d'un problème public**

**et la création d'une solution**



## Chapitre 2 – Articuler le social et le psychiatrique

Dans ce chapitre, il s'agira d'étudier les conditions qui ont favorisé la création des Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP) qui, comme leur nom l'indique, sont un dispositif d'articulation entre le monde psychiatrique et le monde social. Je vais d'abord chercher à comprendre pourquoi cette articulation est devenue nécessaire, puis pourquoi c'est ce mode d'articulation qui s'est imposé. Pour ce faire, je vais m'appuyer sur l'analyse de Maryse Bresson (2006) sur les différents modes d'articulation entre ces deux mondes comme un mouvement de spécialisation, déspecialisation et re-spécialisation, au cours de l'histoire.

M. Foucault (1961) a montré que, dans les hôpitaux du grand enfermement, fous, mendiants, prostituées, vieux, malades et estropiés de toutes sortes étaient traités de manière identique, dans le même lieu, par les mêmes agents ; dans ce cadre, problèmes, populations, dispositifs et acteurs sont déspecialisés. Progressivement, s'est opérée une différenciation des problèmes et des populations concernées, avec une spécialisation des dispositifs et des acteurs, par exemple, la délinquance et la criminalité dans la prison, les malades mentaux dans les asiles<sup>1</sup>. Ce processus s'est accentué dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Ainsi, du côté de la psychiatrie comme du côté du travail social, la formation et l'intervention des acteurs ont été de plus en plus spécifiques et se sont structurées de façon autonome. Cet auteur affirme que cette spécialisation est remise en cause par des transformations internes à chacun de ces champs - la Psychiatrie de Secteur, pour la psychiatrie, et les politiques d'insertion, pour le travail social - qui tendent à réduire ou brouiller leurs frontières, dans une sorte de nouvelle déspecialisation<sup>2</sup>. J'ajoute que ces transformations ne sont pas indépendantes des transformations ayant lieu dans le contexte socio-économique de la société et dans la perception qu'elle a de sa réalité, comme je l'exposerai par la suite. Cependant, et toujours suivant Maryse Bresson, dans la mesure où cette déspecialisation entraîne une nouvelle articulation entre la psychiatrie et le social, autour de thèmes comme l'exclusion sociale et de la souffrance psychique, elle crée des nouvelles formes de spécialisation, autour de nouveaux problèmes et nouvelles populations – ou de problèmes et populations considérés autrement. Je dirai plutôt qu'il s'agit d'une nouvelle forme de calibrage entre les dimensions spécialisée et

---

<sup>1</sup> A ce propos, voir aussi R. Castel (1995)

<sup>2</sup> Ceci est à mettre en rapport avec la notion de double interstitialité de A. Lovell (1996a) qui sera exposée dans le chapitre 3.

déspecialisée à l'intérieur de chacun des champs, psychiatrique et social. Ainsi, les EMPP seraient un produit de ce nouveau processus de spécialisation/déspecialisation, de cette nouvelle manière d'articuler le monde social et le monde psychiatrique.

Je considère qu'une équipe est plus ou moins spécialisée en fonction du ciblage plus ou moins important sur le domaine et les critères qui lui sont propres. Par exemple, plus une équipe de santé cible ses interventions sur une pathologie ou un groupe de pathologies, ou encore, sur les aspects directement liés aux pathologies (signes et symptômes), plus elle devient spécialisée. Une équipe sociale est d'autant plus spécialisée qu'elle cible ses interventions sur des critères sociaux tels que l'insertion professionnelle, les problèmes de logement. Ainsi, l'EMPP est une équipe spécialisée parce qu'il s'agit bien d'une équipe de psychiatrie, qui est une spécialité médicale. Mais elle est déspecialisée par rapport à d'autres domaines de la psychiatrie, qui ciblent plus certaines pathologies ou groupe de pathologies (dépressions, troubles alimentaires), ou bien sur les pathologies à proprement parler (signes et symptômes), que sur d'autres aspects de la vie de la personne (relations familiales, insertion sociale, insertion professionnelle, etc.). Les différents services de psychiatrie peuvent donc être plus ou moins spécialisés<sup>1</sup> et on le voit, par exemple, par l'importance de leurs relations avec le tissu social de leur territoire : avec les élus, avec des associations, avec d'autres structures sanitaires et sociales. Etant donnée que les EMPP sont directement en prise avec le social, par rapport à ses partenaires, à ses lieux et à ses modes d'intervention, il est possible de dire qu'elles sont en position de plus grande « déspecialisation » par rapport aux spécialistes. Elles portent donc en elles ces deux dimensions.

Il importe d'ajouter que les EMPP peuvent être considérées comme un dispositif permettant de soutenir une forme d'équilibre entre spécialisation et déspecialisation dans l'articulation de ces deux champs, psychiatrique et social, dans la mesure où elles aident les services de droit commun à être suffisamment spécialisés et suffisamment déspecialisés pour s'occuper de cette population. C'est ce nouveau processus d'articulation entre le social et le psychiatrique que je me propose d'examiner dans ce chapitre.

Dans ce but, je commencerai par un rappel historique des nouveaux modèles psychiatriques créés à partir de la contestation du modèle asilaire, sous l'angle des changements dans le

---

<sup>1</sup> Voir l'exemple de deux services très contrastés en S. Jacqueline (2006).

rapport entre le monde psychiatrique et la société (y compris les dispositifs sociaux) ; toutefois, il ne saurait être question de retracer dans le détail l'ensemble de ces évolutions sur près d'un siècle. Non seulement ce mouvement est loin d'être linéaire, mais en effet, cette histoire est traversée par de multiples oscillations, des résistances, des avancées qui ne relèvent pas exclusivement de la seule volonté « progressiste » des différents acteurs. Une pluralité de facteurs sociologiques, anthropologiques et économiques y ont également largement contribué. Ainsi, le rôle des différents acteurs, y compris des pouvoirs publics, ainsi que les mutations des représentations sociales, mériteraient une analyse minutieuse pour rendre compte de la situation actuelle<sup>1</sup>. Mon propos se limitera plus modestement à souligner les effets de ces évolutions du dispositif psychiatrique sur la population (personnes vivant dans les circuits de rue) et les dispositifs (les EMPP - Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité) dont il s'agit dans cette étude. Ceci permettra de montrer, dans un premier temps, que si dans le modèle asilaire toutes les questions quotidiennes de la vie des personnes hospitalisées – notamment le logement et l'entretien - trouvaient leurs réponses à l'intérieur même de cette institution, avec son ouverture les réponses ont été de plus en plus cherchées dans le tissu social, ce qui demande un travail d'articulation auquel les acteurs – du soin, du social et les usagers - n'étaient pas habitués.

Je vais ensuite détailler un peu plus comment cette ouverture de la psychiatrie prend forme dans le modèle français - dit de « Psychiatrie de Secteur » -, notamment dans son objectif de garantir la prise en charge des besoins psychiatriques de toute la population sur un territoire donné. Cela m'amènera à préciser le cas des personnes qui accèdent difficilement aux services psychiatriques de secteur, du fait de l'absence d'un domicile, ainsi que les nouvelles règles mises en place pour essayer de garantir leur accès aux soins. Ayant présenté l'aspect psychiatrique du problème, je passerai à son aspect social : la présence de personnes vivant dans la rue (re)devient, en cette fin de siècle, un problème central pour la société française. Je pourrai ainsi exposer des éléments permettant de comprendre comment la question des personnes vivant dans les circuits de rue (aspect social du problème) et ayant des troubles psychiatriques (aspect psychiatrique du problème) devient un problème public et comment les Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP) peuvent apparaître comme une solution à ce problème.

---

<sup>1</sup> Pour la psychiatrie de secteur, voir par exemple N. Henckes (2007).

## **1. Les principales réformes psychiatriques en Europe et aux Etats-Unis : un autre rapport entre la psychiatrie et le tissu social**

Par l'expression Réforme Psychiatrique je fais référence aux mouvements de critique au modèle asilaire d'après la deuxième guerre mondiale, ainsi qu'aux nouveaux modèles créés à partir de cette critique. Sans rentrer dans le détail de chacun de ces modèles, je propose une analyse fondée sur le rapport de chacun d'entre eux à l'hôpital et au tissu social extérieur à l'hôpital.

Le modèle asilaire a été dominant, depuis sa création, à la fin du XVIII, jusqu'aux premières décennies du XX<sup>ème</sup> siècle. Selon ce modèle, l'internement était la réponse donnée à ceux qui présentaient des maladies mentales considérées comme incompatibles avec la vie en société. Le traitement était fait à l'intérieur de l'hôpital sous la seule autorité du médecin, sans la participation consultative ou décisionnelle du malade et rarement avec celle de son entourage. Le principe de l'isolement, un des piliers du système asilaire, se déclinait sur deux versants : protéger la société du danger que l'aliéné représente et protéger l'aliéné de la société (R. Castel, 1976).

Ainsi, la participation de la famille était souvent limitée au moment de l'admission et de la sortie de la personne hospitalisée (R. Castel, 1976), si sortie il y avait et si famille il y avait encore. De plus, étant donné que les personnes restaient hospitalisées très longtemps, parfois pendant des décennies et même à vie, l'entourage - notamment la famille, mais aussi les voisins et les groupes sociaux d'appartenance de ces personnes - n'était plus concerné par leur quotidien et n'était pas interpellés ni par les internés, ni par les professionnels de la psychiatrie. Autrement dit, tous les aspects de la vie de la personne hospitalisée étaient pris en charge par les intervenants psychiatriques sur du long terme et aucun autre acteur n'était concerné, en tout cas, pendant l'hospitalisation.

Les expériences ponctuelles de consultations en dispensaire d'hygiène mentale et de services libres, créés à partir des années 20, comme celle d'Edouard Toulouse à Sainte-Anne, n'ont pas produit une modification fondamentale du modèle dominant. Cependant, ces expériences ont provoqué un débat important et le fait même de proposer le maintien des personnes en

dehors de l'hôpital exprime une nouvelle conception de l'articulation entre les institutions psychiatriques et la société<sup>1</sup>.

Ces mouvements de remise en cause du modèle asilaire s'intensifient donc à partir de la deuxième Guerre mondiale, quand les horreurs de la guerre font réfléchir à la situation des asiles et à la manière de garantir les droits de l'homme à l'intérieur de ces institutions. C'est dans ce contexte que sont forgées les expériences des communautés thérapeutiques en Angleterre et de la psychothérapie institutionnelle en France. Selon J.-D. Guelfi et al :

*“ Les principes de la communauté thérapeutique convergent généralement avec ceux de la psychothérapie institutionnelle, notamment en ce qui concerne [...] la participation de l'ensemble des membres de la communauté aux décisions et aux responsabilités [...] Par ailleurs, la communication institutionnalisée entre les soignants et les malades vise à améliorer la tolérance générale aux expressions pathologiques, à faire participer les malades à la fonction de soin et à promouvoir leur implication individuelle et collective dans la vie de l'institution. ” (J.D. Guelfi et al., 1995, p. 834)*

Ces nouveaux modèles ont produit une réflexion à propos des activités thérapeutiques, de la communication et des relations entre les soignants et entre ceux-ci et les soignés, au sein des hôpitaux psychiatriques. La conception de ce qui a effet thérapeutique s'élargit : non seulement les soignants et les activités mais aussi le groupe et chaque personne qui y participe ont une fonction thérapeutique. Dans le même sens, l'instauration de réunions (du personnel mais également des malades avec le personnel) vise à améliorer la communication entre les acteurs institutionnels et à développer leurs capacités d'autonomie et d'initiative. L'idée était de promouvoir un assouplissement des relations entre les acteurs, qu'ils soient médecins, infirmiers, malades ou autres acteurs internes au monde psychiatrique. Les personnes restent encore longtemps hospitalisées, mais le monde extérieur à la psychiatrie, notamment

---

<sup>1</sup> A ce propos, voir M. Jaeger (2000) et N. Henckes (2007), notamment sur le travail d'Edouard Toulouse, le débat qu'il a produit et ses implications pour la suite de la Réforme Psychiatrique en France. Par ailleurs, un autre exemple de prise en charge extra-hospitalière en France, mais en post-cure, est celui des Œuvres Falret. Déjà au XIX<sup>e</sup> siècle, le Dr Jean-Pierre Falret (1794 – 1870), élève de Pinel et Esquirol, pensait que les soins des troubles psychiques ne devraient pas s'arrêter à la sortie de l'hôpital mais se poursuivre jusque dans l'aide à la réinsertion. C'est dans cette perspective qu'il a fondé, en 1841, la Société de Patronage des Aliénés, qui allait devenir les Œuvres Falret. Dès 1843, cette société est pourvue d'un asile ouvrier qui accueille les « convalescentes d'aliénation les plus démunies ».



l'entourage des personnes hospitalisées, commence à être interpellé, dans la mesure où, par exemple, il peut être considéré thérapeutique que les patients aillent en ville faire des courses ou participer aux fêtes locales. Ainsi la société n'est plus considérée comme un danger pour les personnes hospitalisées, en tout cas pas uniquement. Si elle n'est pas encore le lieu privilégié du soin, elle peut être support du soin. L'objectif de ces réflexions était de réformer l'hôpital psychiatrique<sup>1</sup>, considéré comme seul lieu de soin possible, pour qu'il redevienne un instrument thérapeutique efficace<sup>2</sup>.

En revanche, dans les années 60, avec le modèle de la *community psychiatry* (psychiatrie communautaire) aux Etats-Unis et de la psychiatrie de secteur en France, l'hôpital psychiatrique n'est plus considéré comme le seul espace de soin possible, mais comme un lieu de passage, un moment du soin qui doit être le plus court possible pour que la personne puisse réintégrer la vie en société. Les structures extrahospitalières sont dès lors le lieu privilégié des soins. Robert Castel (1981) voit dans ces deux modèles une transformation profonde (changement du lieu des soins) et en même temps la continuité du projet de la psychiatrie de centrer son intervention sur la prise en charge totale de son objet spécifique : la maladie mentale. Le modèle français sera détaillé plus bas, mais il convient d'attirer l'attention sur le fait que les questions relatives au logement, à l'accompagnement, à la vie quotidienne dans la ville, se poseront pour ces personnes qui auparavant vivaient à l'hôpital et qui, dans ces nouveaux modèles, pourront bénéficier des soins ambulatoires. Les réponses à ces questions ont été en partie, et pendant quelques années, prévues dans le modèle psychiatrique<sup>3</sup>.

Il est important de souligner le rôle des premiers médicaments neuroleptiques, apparus au cours des années 50, dans ce mouvement vers les soins extrahospitaliers. La littérature attribue souvent à l'usage de plus en plus répandu de ces traitements la possibilité de soigner les personnes souffrant de troubles psychiques dans la communauté, et donc la diminution du

---

<sup>1</sup> Les établissements qui aujourd'hui portent le nom d'Etablissement Public de Santé (EPS) ont changé de nom au fil du temps : centre hospitalier spécialisé (CHS), hôpital psychiatrique ou asile. J'utiliserai dans ce travail uniquement l'appellation « hôpital psychiatrique » qui a l'avantage, par rapport aux autres, d'être claire en précisant le type d'établissement de santé dont il s'agit, à savoir un hôpital (ce n'est pas une structure comme un accueil de jour ou un dispensaire) et la discipline médicale qui y est pratiquée, à savoir la psychiatrie.

<sup>2</sup> Il est classique de citer la phrase d'Esquirol, qui affirmait déjà au début du XIX<sup>ème</sup> : « Une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales ».

<sup>3</sup> « La fonction d'asile, historiquement dévolue aux hôpitaux psychiatriques, n'est pas relayée à la même échelle par le développement beaucoup trop lent des établissements, ou des réponses en matière d'accompagnement, à caractère social ou médico-social. » (C. Alezrah, 2002, p.7)

nombre et de la durée des hospitalisations à temps plein. Sue Estroff (1998) questionne cette affirmation, argumentant que les soins extrahospitaliers aujourd'hui considérés comme possibles uniquement grâce aux psychotropes étaient déjà pratiqués, aux Etats-Unis, avant la découverte de ceux-ci. Par contre, cet auteur ne discute pas le fait que ces soins extrahospitaliers étaient des expériences ponctuelles ni l'hypothèse qu'ils concernaient les personnes ayant des troubles jugés moins graves ou ayant d'autres ressources sociales, économiques, culturelles leur permettant d'échapper à l'internement. Toujours est-il que cet auteur considère l'utilisation de psychotropes comme un renfort significatif d'un mouvement vers les soins ambulatoires, mouvement qui était déjà en cours et qui prenait de l'ampleur. Pour la France, les analyses de Nicolas Henckes (2007) vont dans ce même sens. En revanche, J.L. Roelandt et al. (2007) affirment que l'arrivée des neuroleptiques n'a pas fait diminuer le nombre de personnes hospitalisées en France. Ils indiquent que le nombre de lits d'hospitalisation psychiatrique a été multiplié par deux et demi de 1952 à 1978, et que ce nombre n'a diminué qu'avec les lois qui ont permis aux personnes hospitalisées d'avoir des ressources pour vivre en dehors de l'hôpital. Cette analyse met l'accent du mouvement vers l'extrahospitalier non pas sur l'état psychique des personnes mais sur les conditions matérielles (ressources, logement) de vie dans le tissu social.

Autrement dit, cette analyse suggère un double déplacement de la question : déplacement du lieu de soin et déplacement de l'objet d'intervention. Ce n'est plus, ou pas seulement, sur la maladie de l'individu qu'il faut intervenir, mais (aussi) sur ses conditions de vie dans le tissu social. Ce type d'analyse est également présent dans les deux dernières expériences significatives de réforme psychiatrique : l'anti-psychiatrie, née en Angleterre, et la psychiatrie démocratique italienne.

Ces deux modèles, bien que distincts entre eux, ont en commun de proposer une rupture radicale avec les modèles hospitalocentriques à partir de la déconstruction de savoirs, pratiques et discours psychiatriques à propos de la folie (F. Rotelli, O. De Leonardis, D.A. Mauri, 1988 ; P. Amarante, 1998). Ils proposent la production d'autres espaces, d'autres formes de percevoir, de penser et d'être en relation avec la folie. Cela correspond à la notion de « désinstitutionalisation », qui ne se confond pas avec celle de des-hospitalisation, c'est-à-dire la fermeture pure et simple des lits psychiatriques. Selon l'expérience italienne, la désinstitutionalisation passe par la négation de l'hôpital psychiatrique comme lieu de soin,

mais ne s'y réduit pas (F. Rotelli, O. De Leonardis, D.A. Mauri, 1986). Autrement dit, et au contraire des modèles exposés précédemment, il ne s'agit pas simplement de changer le lieu du soin, mais de changer l'objet spécifique de l'intervention psychiatrique. Cet objet spécifique, ce n'est plus la maladie mentale, mais « l'existence-souffrance des patients et leur relation avec le corps social » (F. Rotelli, O. De Leonardis, D.A. Mauri, 2001, p. 90).

Ainsi, la société se trouve autrement interpellée par la psychiatrie. Progressivement, se diversifient et se multiplient les acteurs participant au quotidien des personnes prises en charge par la psychiatrie dans la ville. La famille en tout premier lieu, mais aussi le commerçant du coin, le médecin généraliste, les voisins, la femme de ménage, la mairie, le centre d'action sociale et les travailleurs sociaux. Puis, parallèlement et indépendamment de l'évolution du dispositif psychiatrique, les structures sociales et médico-sociales se sont développées (M. Jaeger, 2000). La psychiatrie va devoir composer avec tous ces acteurs.

Dans le cadre d'un DEA, j'ai pu constater l'importance de cette articulation entre la psychiatrie et les autres acteurs qui ont un impact sur la prise en charge psychiatrique d'une personne. J'ai par exemple rencontré, dans ce cadre, une femme - suivie depuis plus de 20 ans par un secteur - autour de laquelle plusieurs acteurs devaient s'articuler, sous l'impulsion du psychiatre. Celui-ci travaillait avec le centre d'action sociale pour garantir qu'une aide ménagère vienne régulièrement chez la patiente ; avec son mari et son tuteur, bien sûr, pour ce qui est du quotidien, notamment par rapport à la gestion de son budget ; avec les voisins, pour faire médiation dans certaines situations qui pouvaient provoquer l'intervention de la police et éventuellement une demande d'hospitalisation d'office ; avec l'office HLM pour la réalisation de travaux fondamentaux pour que cette femme puisse rester dans son domicile, qui était fort insalubre ; avec les chauffeurs de VSL<sup>1</sup>, qui ne souhaitaient plus la prendre dans leur véhicule pour les trajets entre l'hôpital de jour et son domicile. En effet, comme les travaux n'étaient pas fait par l'office HLM, qui ne voulait pas dépenser de l'argent pour « ce type de gens », l'aide ménagère avait grande difficulté à réaliser son travail, notamment quant à l'hygiène de cette femme, et a fini par lâcher prise. Ainsi, elle était souvent très sale, l'odeur vraiment difficile à supporter (je peux le confirmer) et donc les chauffeurs de VSL ont à leur tour refusé de continuer à assurer les trajets (notamment parce qu'il fallait nettoyer les véhicules quasiment après chaque accompagnement). C'est ainsi que les infirmiers de l'hôpital de jour

---

<sup>1</sup> VSL : véhicule sanitaire léger, sorte de taxi spécialisé ou d'ambulance sans les équipements de soins.

ont été amenés à « faire le taxi » comme ils le disaient, ce qui au bout d'un moment les a exaspérés, car en plus de l'odeur, ils estimaient que ce n'était pas à eux de le faire. Le domicile insalubre, les odeurs, madame à la maison toute la journée, son traitement pas forcément bien observé : son mari et les voisins n'en pouvaient plus. Cette femme s'est retrouvée hospitalisée pendant quatre mois, contre sa volonté, « pour décrassage » comme disait l'équipe, « décrassage » de sa personne et de son domicile, pour calmer ses relations avec l'entourage et avec les soignants de l'hôpital de jour, pour obtenir que l'HLM, l'aide ménagère et les chauffeurs acceptent chacun de s'impliquer à son niveau dans le maintien de cette personne chez elle. Tous ces acteurs, fondamentaux dans la prise en charge psychiatrique actuelle de cette femme, ne l'étaient pas lorsque la psychiatrie assurait tous les aspects de la vie des personnes qui vivaient durablement à l'hôpital, selon le modèle asilaire et même selon les deux premiers modèles de réforme psychiatrique cités ci-dessus (les communautés thérapeutiques et la psychothérapie institutionnelle).

Chacun des modèles présentés a évolué dans le temps, a dialogué avec d'autres modèles et a produit une énorme diversité de pratiques, en fonction notamment des contextes de chaque pays. La trajectoire de la psychiatrie de secteur en France en est un exemple : construite progressivement par des réflexions théoriques, par des expériences pratiques et encadrée par des textes juridiques, cette politique de santé mentale comprend une hétérogénéité de pratiques propres à chaque secteur ; et cette diversité concerne également les pratiques de prise en charge de personnes sans-domicile. Mais il faut, dans un premier temps, connaître l'itinéraire général de cette politique de santé mentale pour ensuite comprendre comment s'y inscrivent la prise en charge des personnes vivant dans les circuits de rue et la création des Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP).

## **2. La psychiatrie de secteur : le modèle français de psychiatrie dans la cité**

La psychiatrie de secteur est la politique officielle de santé mentale en France<sup>1</sup>, qui détermine le découpage du territoire national en aires géo-démographiques - appelées « secteurs » - et prévoit l'organisation de l'ensemble de soins psychiatriques dans ces territoires. L'organisation du dispositif psychiatrique public - et associatif participant au service public - repose essentiellement sur la sectorisation psychiatrique, à l'exception de quelques services implantés en centres hospitaliers universitaires. La psychiatrie de secteur peut être analysée à partir de différents points de vue : administratif, financier, politique, etc. La bibliographie consacrée au sujet est vaste, et je n'ai pas la prétention de formuler de nouvelles analyses à ce propos. Il s'agit ici de faire part au lecteur des aspects qui interviennent plus directement dans la prise en charge des personnes sans-domicile et partant dans le travail de l'EMPP. C'est pourquoi des trois types de secteur psychiatrique – général (adulte), infanto-juvénile et pénitentiaire – dans ce texte il est question uniquement du premier.

L'idée d'une psychiatrie renouvelée a été lancée en France dans le contexte des journées nationales de psychiatrie entre 1945 et 1947. Mais ce qui est le plus souvent considéré comme le début officiel de cette nouvelle politique de soins et de prévention en psychiatrie est la circulaire de 1960, la première décision administrative relative à une réforme psychiatrique en France. Cette circulaire a été précisée, complétée, élargie par d'autres textes (circulaires, lois, arrêtés), mais elle portait déjà les principes élémentaires de la sectorisation, à savoir :

---

<sup>1</sup> L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, dite « nouvelle gouvernance », prévoit l'organisation des hôpitaux en « pôles d'activité ». Pour la psychiatrie, il a été admis qu'un secteur constitue un pôle (art. L.6146-1). C'est ce qui se passe en pratique, mais il arrive parfois que deux secteurs, avec éventuellement un intersecteur infanto-juvénile, constituent un pôle. La création des pôles d'activité devait être effective au plus tard le 31 décembre 2006 et l'ensemble de la nouvelle organisation devait se mettre en place sur toute l'année 2007, par exemple la désignation des responsables de pôle, la constitution du conseil de pôle, la publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle d'activité clinique ou médico-technique. Je vais utiliser le terme de secteur plutôt que celui de pôle pour trois raisons : d'abord parce que cette thèse s'appuie sur une enquête réalisée sur une période allant jusqu'à 2007, l'année de transition vers cette nouvelle organisation ; puis parce que le rythme de mise en place de cette ordonnance a été assez variable dans les différents hôpitaux et que, même en 2008, elle n'était pas encore tout à fait effective dans certains d'entre eux ; et enfin, parce qu'en tout état de cause, elle ne change pas fondamentalement les analyses présentées dans cette thèse.

- a) Lutte contre l'hospitalocentrisme : des soins à proximité de la résidence des usagers, ce qui indique une décentralisation des soins, qui ne sont plus prodigués uniquement à l'hôpital, avec pour conséquence la diminution de l'indication et de la durée des hospitalisations.
- b) Lutte contre la ségrégation des personnes qui présentent un trouble psychique, fortement liée en amont et en aval à la notion de soins de proximité.
- c) Continuité des soins : l'utilisateur est suivi par une même équipe soignante aussi bien en intra-hospitalier qu'en extrahospitalier.
- d) Prévention et intervention précoce intégrant la politique de santé mentale : prévention, prophylaxie, cure et post-cure considérées comme une unité indivisible.

Il est à souligner que la politique de secteur a eu une application limitée du point de vue quantitatif (911 secteurs et intersecteurs en fonction sur les 1200 prévus en 1970, selon J.-D. Guelfi et al., 1995) et du point de vue qualitatif<sup>1</sup>. C'est-à-dire que ses principes ont été mis en place de manière très hétérogène sur l'ensemble du pays, à tous points de vue : nombre de population de référence, nombre de lits d'hospitalisation à temps plein et durée de ces hospitalisations, nature des structures extrahospitalières, nombre et type de personnel<sup>2</sup>, modes de prise en charge<sup>3</sup>, activités. Encore à présent, les disparités sont fort importantes. Cela dit, les positions vis-à-vis de cette disparité sont ambiguës, entre distribution égalitaire des moyens et attachement à la diversité. Ainsi, selon Martine Barres, il ne faudrait pas chercher une « *normalisation égalitaire des secteurs, considérant au contraire que la diversité des réflexions, des techniques et des équipements entre secteurs reste un gage d'émulation et de progrès. Ceci n'empêche pas que l'on remédie aux carences observées* » (M. Barres, 1987, p.28). Il n'en demeure pas moins que la question de la distribution, entre les secteurs, d'un territoire de référence et des moyens pour s'en occuper, notamment en termes de personnel et d'équipements, reste d'actualité et représente un des éléments rendant difficile l'accès aux soins psychiatriques des personnes sans-domicile, comme nous allons le voir plus tard.

---

<sup>1</sup> Sur l'application limitée de la politique de secteur, ainsi que sur les disparités entre les secteurs, voir le rapport De la psychiatrie vers la santé mentale (E. Piel et J.L. Roelandt, 2001). On y lit, par exemple, que le nombre de lits et places varient de 1 à 9 selon les départements. Voir également M. Coldefy et al. (2009).

<sup>2</sup> Outre les médecins et infirmiers, la présence d'autres professionnels - psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, éducateurs, assistants sociaux, artistes, art thérapeutes – est très variable.

<sup>3</sup> A ce propos, voir Sandra Jacqueline (2005 et 2006).

Du point de vue des équipements, c'est l'arrêté du 14 mars 1986 qui définit les structures extrahospitalières possibles tels que des centres médico-psychologiques (CMP), des ateliers thérapeutiques, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des hôpitaux de jour ou de nuit, des services d'hospitalisation à domicile. Ces structures ont été développées dans les différents secteurs selon la réalité locale. La mise en place de structures extrahospitalières correspond aux principes de lutte contre l'hospitalocentrisme et contre la ségrégation. Ces structures doivent diminuer la nécessité d'hospitalisations par une prise en charge extrahospitalière en amont et en aval si l'hospitalisation n'a pas pu être évitée. L'offre des soins dans la ville, c'est-à-dire proche du lieu de résidence des usagers, évite l'isolement et le stigmatisme ou plus globalement, les effets iatrogènes dus à la concentration des soins dans les hôpitaux psychiatriques. Selon les mots de J.D. Guelfi et al. :

*“ l'orientation progressive de l'institution psychiatrique vers le milieu social a entraîné la multiplication des structures de soins extrahospitaliers (hôpitaux de jour, centres d'aide par le travail, foyers, appartements thérapeutiques) que limitent en partie les risques de rupture avec le milieu d'origine ” (J.D. Guelfi et al., 1995, p. 835)*

Ces structures dans la ville doivent offrir plusieurs modalités de soin de manière à pouvoir répondre à la diversité et aux particularités de la demande, dans le but de mieux soigner et d'éviter l'hospitalisation à temps plein. Claude Louzoun parle de cette réalité :

*“ L'équipe du secteur, située dans une telle orientation, s'oblige à une capacité de penser le(s) événement(s), à une capacité de rester créative par rapport à la dynamique du patient et de son entourage. Il s'agit, toujours et encore, de créer des possibilités d'ouverture, des possibilités d'expériences (à soutenir, voire à partager), des mises en situation adéquates. Vouloir, pour chaque patient, un projet thérapeutique singulier, c'est utiliser l'état des lieux de la personne et les ressources existantes pour œuvrer à en changer le sens ou la fonction. C'est pour cette raison que la palette des prestations du secteur psychiatrique doit être forcément large ” (C. Louzoun, 1998, p. 18).*

Cette souplesse du dispositif et des équipes de secteur psychiatrique et cette capacité à créer en permanence devaient permettre de prendre en charge des demandes et des besoins très

divers, y compris celui des personnes sans-domicile. Dans ce sens, mais sans référence particulière à cette population, Michel Minard et Eric Piel (1999) réaffirment l'intérêt de la politique de secteur pour le développement du travail en réseau, pour la facilitation de l'accès aux soins et pour la coordination des interventions médicales et sociales.

Ainsi la psychiatrie de secteur a été conçue pour répondre à tous les besoins psychiatriques sur un territoire – ceux des jeunes, des adultes, des personnes âgées, des sans et des avec domicile, toutes pathologies confondues -, en tout cas dans ses principes théoriques. Mais ce n'est pas toujours le cas, dans la pratique. En effet, pour ce qui est de la population sans-domicile, plusieurs travaux confirment une difficulté importante à accéder aux soins psychiatriques<sup>1</sup>, mais surtout à rester dans les soins (rapport Psychiatrie et exclusion sociale<sup>2</sup>, 1996 ; V. Kovess et C. Mangin-Lazarus, 1996 ; B. Menoret-Calles, 1997 ; rapport Parquet, 2003). Ces travaux montrent que le problème d'accès et de maintien dans les soins psychiatriques de cette population relève de plusieurs registres, notamment de la pratique quotidienne des équipes (sociales et psychiatriques) et des interactions entre celles-ci et les usagers. Ce problème découle notamment des règles de la sectorisation psychiatrique, que je vais examiner maintenant.

### **3. La sectorisation des personnes sans-domicile : paradoxes de l'accès aux soins psychiatriques de droit commun**

Comme nous venons de le voir, l'équipe d'un secteur psychiatrique doit assurer la prise en charge des besoins psychiatriques de toute la population présente dans un territoire géographique déterminé, sans se limiter aux seules personnes ayant un domicile dans ce territoire. En effet, la notion de domicile n'apparaît pas dans la circulaire de 1960, lorsqu'elle expose la mission de l'équipe de secteur psychiatrique :

*« Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même*

---

<sup>1</sup> C'est aussi vrai pour les difficultés d'accès aux soins généraux de cette population. A ce propos, voir par exemple Vincent Girard (2003) et Isabelle Parizot (2003).

<sup>2</sup> M. Minard et E. Piel en sont les rapporteurs. Je citerai les rapports, par le nom du rapporteur ou par leur titre, selon la façon dont ils sont connus, afin de faciliter leur identification par le lecteur.



*équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure. » (p.1)*

La référence faite au nombre d'habitants, pour penser les équipements, est liée au Rapport du Comité d'experts de l'OMS de 1953, qui indiquait une moyenne de trois lits d'hospitalisation psychiatrique pour 1000 habitants, et c'est en référence à cette norme que la circulaire de 1960 prévoit, à titre indicatif, qu'un secteur de 67 000 habitants correspond à 200 lits. Mais cette référence ne restreint pas l'obligation de prise en charge aux seules personnes résidant sur ce territoire. L'idée étant de prodiguer des soins à proximité du lieu de vie de la personne, la notion de lieu de vie peut dépasser celle de domicile et s'étendre, par exemple, aux personnes travaillant ou vivant dans la rue dans ce territoire. Cependant cette idée s'est progressivement transformée et réduite, dans la pratique, à la prise en charge des seules personnes ayant un domicile<sup>1</sup>, au sens de l'article 102 du code civil<sup>2</sup>, dans le territoire de référence du secteur : c'est la règle générale de la sectorisation. Si une personne s'adresse à un autre CMP que celui du secteur de référence de son lieu de domicile, elle sera renvoyée à son secteur<sup>3</sup>, sauf accord entre les médecins responsables des deux secteurs concernés. Mais qu'en est-il des personnes qui n'ont pas de domicile ? A quel secteur doivent-elles s'adresser et quel secteur est censé les accueillir ?

---

<sup>1</sup> Du point de vue des textes officiels, cette notion de population domiciliée sur le territoire du secteur n'apparaît pas non plus dans l'arrêté du 14 mars 1972, qui prévoit que « *en vue de répondre aux besoins de la population et d'assurer la continuité des soins aux malades, de la prévention à la postcure, le secteur doit comporter une équipe pluridisciplinaire...* ». De la même manière, la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique parle d'un secteur et d'une population, sans préciser s'il s'agit de la population de résidents ou domiciliés. En revanche, la circulaire du 14 mars 1972 précise que « *le 'secteur' constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside.* » Du point de vue de la pratique, il est possible de faire l'hypothèse que les moyens de chaque secteur étant calculés en fonction des habitants du territoire de référence, certains secteurs peuvent considérer qu'ils n'ont pas les moyens pour s'occuper des non résidents, surtout en temps de restrictions budgétaires.

<sup>2</sup> Selon l'article 102 du code civil, le domicile est le lieu où toute personne résidant en France a son principal établissement lui permettant l'exercice de ses droits civils

<sup>3</sup> Théoriquement, un secteur correspond à un territoire comprenant une population d'environ 60000 habitants. En pratique, cela varie beaucoup. Il est des secteurs qui ont une population de 120000 habitants, d'autres qui n'ont que 40000 habitants sur leur territoire de référence. Par ailleurs, cette population peut correspondre à plusieurs communes ou à une commune ou encore, à un ou à plusieurs arrondissements, mais parfois un arrondissement ou une commune sont divisés en deux ou en plusieurs secteurs. A Paris, un guide avec le nom de toutes les rues et le secteur psychiatrique correspondant permet de préciser à quel secteur la personne doit s'adresser en fonction de son adresse de résidence.

Il est bien connu que le fonctionnement de chaque secteur varie beaucoup en fonction du psychiatre chef de service. Certains secteurs considèrent que la prise en charge de cette population fait partie de la mission d'origine, telle que les fondateurs du secteur l'ont pensée, avec une implantation dans un territoire donné, donc en rapport avec la population qui s'y trouve, domiciliée ou pas, en rapport avec les associations, avec les structures sociales et sanitaires enfin, avec l'ensemble du tissu social sur ce territoire. D'autres secteurs considèrent que cette mission vient s'ajouter à celles que le secteur avait à l'origine, comme une évolution du champ, et veulent bien s'y mettre à condition d'avoir des moyens supplémentaires. D'autres enfin ne se mobilisent, au delà de la prise en charge des populations domiciliées, que sous contrainte des tutelles (DDASS, ARH...) <sup>1</sup>. Ainsi, une personne sans-domicile arrivant dans une structure d'un secteur lambda aura un accueil très variable, voire un refus de prise en charge de la part du secteur, selon que ce secteur se sent ou pas concerné par cette population.

Face à la difficulté de désignation d'un secteur pour cette population, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) d'Ile de France a diffusé une note <sup>2</sup> précisant des règles particulières de sectorisation pour les personnes sans-domicile, pour garantir une double égalité : pour la population sans-domicile, une égalité d'accès et de continuité des soins par rapport à la population ayant un domicile ; pour les secteurs, une répartition équitable de la charge de travail. Cette note de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) a permis de résoudre certaines situations, mais la sectorisation des personnes sans-domicile reste problématique, voire conflictuelle. La création des EMPP ayant pour but, entre autres, d'améliorer l'accès aux soins des personnes sans-domicile, il me semble nécessaire de détailler d'abord les règles prévues par cette note et les paradoxes qu'elles créent, pour ensuite pouvoir aborder le contexte de création et d'intervention des EMPP.

L'ARH a donc précisé plusieurs cas de figure pour la sectorisation des personnes sans-domicile en Ile de France. Nous allons aborder, sans rentrer dans les détails, la situation des « nouveaux patients » qui, faute de domicile, ont une « résidence stable », ainsi que la situation des personnes qui n'ont pas de « domicile déterminé » <sup>3</sup>. Ainsi, cette règle

---

<sup>1</sup> Je dois cette analyse à Annie Cadenel, qui était chargée de mission psychiatrie-précarité à la DDASS 94, lors de la préparation du Schéma Régional d'Organisation des Soins - SROS III (JT, 19.05.04). En ce qui concerne la diversité - raisons et exemples - des pratiques concernant la prise en charge des personnes en circuit de rue, voir le rapport Psychiatrie et Exclusion Sociale, 1996 et le rapport Parquet, 2003.

<sup>2</sup> Voir la note ARH-IF, 2002 dans l'annexe 3.

<sup>3</sup> Je n'aborderai pas le cas particulier des détenus et des mineurs, prévus également dans cette note.

particulière de sectorisation prévoit que, faute de domicile<sup>1</sup>, la personne sera sectorisée en fonction de sa résidence stable, c'est-à-dire du lieu où elle séjourne depuis au moins trois mois et peut y retourner après une hospitalisation. C'est le cas des maisons de retraite, d'hébergement par la famille ou par des amis et des structures médico-sociales. Paradoxalement, seuls certains CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), listés par la DDASS de Paris, peuvent être considérés comme résidence stable, alors qu'ils accueillent les personnes pour une période de six mois renouvelables plusieurs fois<sup>2</sup>. Faute de domicile ou résidence stable, c'est le CPOA<sup>3</sup> qui les répartit entre les secteurs parisiens, selon une sorte de tour de garde<sup>4</sup>.

Une fois que la personne sans-domicile est sectorisée, le secteur en question doit la prendre en charge au même titre que les personnes domiciliées dans la région géographique correspondant à ce secteur, et ce, pendant une période d'au moins cinq ans, à partir de la dernière venue de la personne aux structures du secteur.

Comme je le disais, cette répartition avec des critères précis vise à garantir 3 aspects : l'accès et la continuité des soins pour la personne et une répartition équitable de la charge de travail pour les secteurs. En effet, à propos de l'accès aux soins, ces règles de répartition permettent d'éviter un effet de tri de la population par les secteurs. Si les secteurs pouvaient prendre en charge ou refuser les personnes sans-domicile arrivant directement à eux, sans passage par le CPOA et donc attribution de responsabilité de prise en charge, ils pourraient refuser de prendre en charge certaines personnes, par exemple en fonction de la complexité de la situation sociale ou de la pathologie de la personne et de la charge de soins corrélée, notamment en termes de nécessité d'hospitalisation à temps plein et de durée d'hospitalisation.

---

<sup>1</sup> Noter que les organismes agréés par le RMI pour être des « domiciles d'élection » ne sont pas considérés comme des domiciles pour une sectorisation directe.

<sup>2</sup> J'énonce ici les règles générales, valables jusqu'en 2007, avant le PARSA et la loi DALO.

<sup>3</sup> CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et Accueil, situé à l'Hôpital Sainte-Anne. Ce type de structure n'existe qu'à Paris.

<sup>4</sup> Les règles de sectorisation pour les personnes sans domicile sont complexes, avec des modes différents, par exemple, pour les personnes qui n'ont pas été recueillies dans la rue, pour celles qui se sont adressées à un hôpital général ou directement au CPOA ou encore pour les détenus, sachant qu'évidemment cette population est aussi potentiellement rencontrée par l'EMPP. Cette complication a des répercussions directes dans la création des EMPP et dans leur manière de travailler. Le « tour de garde » au CPOA utilise le critère d'un comptage de personnes attribuées aux secteurs en hospitalisation ou en CPM. Dans d'autres régions ou départements, les systèmes d'attribution de secteur varient : selon la date de naissance de la personne, selon les initiales de son nom, selon les mois de l'année, etc.

Concernant le choix des patients par les professionnels du soin, N. Dodier et A. Camus (1997) ont étudié, dans un article sur les urgences hospitalières et l'orientation des malades dans les différents services d'un centre hospitalier universitaire, ce qu'ils ont appelé « la valeur mobilisatrice des malades ». Cette notion correspond à l'ensemble des dimensions qui font que le patient paraît plus ou moins intéressant au moment précis de l'admission des malades par les services. C'est en fonction de leur valeur mobilisatrice que les patients seront plus ou moins difficilement admis dans les services, voire refusés. Ces auteurs décrivent la charge de soins comme une des dimensions de cette valeur mobilisatrice et les personnes sans-domicile sont réputées représenter une charge de soins importante. Une autre dimension, la valeur budgétaire, pèse aussi pour que les services soient si réticents à prendre cette population en charge car leurs hospitalisations sont plus longues – ils n'ont pas de lieu où aller après l'hospitalisation -, ils n'ont souvent pas d'entourage, pas de droits ouverts à la sécurité sociale et encore moins les moyens de payer le ticket modérateur. Ainsi, les services de psychiatrie ou autres, ne se sentent pas très mobilisés pour prendre en charge les personnes sans-domicile. C'est-à-dire que, sans la régulation du CPOA, ceux parmi les sans-domicile qui présentent une moindre valeur mobilisatrice<sup>1</sup> ne seraient pas prises en charge et, concernant les secteurs, même si le critère de l'équité quantitative était respecté – tous les secteurs ayant le même nombre de personnes sans-domicile dans leur file active à la fin de l'année – certains auraient une charge de travail plus importante que d'autres. Pour essayer d'éviter cet effet de tri et garantir l'accès aux soins psychiatriques, le CPOA ne considère pas, pour le comptage en fin d'année, les personnes sans-domicile prises en charge directement par les secteurs, sans passage préalable par le CPOA. Les secteurs ont donc intérêt à ne recevoir que les sans-domicile adressés par le CPOA et celui-ci peut ainsi garantir une distribution équitable du nombre de personnes sans-domicile et de la charge de travail attribuée aux différents secteurs.

Par ailleurs, ces auteurs montrent comment deux types d'obligation de prise en charge peuvent forcer les services à accepter des patients qu'ils ne prendraient pas spontanément : le principe de suivi, qui n'est pas écrit mais qui est très utilisé comme argument dans la pratique, et la procédure réglementaire de « placement imposé », qui passe par l'administration de l'hôpital. Dans notre cas de figure, le principe de suivi correspondrait au principe de

---

<sup>1</sup> Je n'ai pas étudié les critères influençant la valeur mobilisatrice de ces personnes par rapport aux secteurs de psychiatrie, mais je peux faire l'hypothèse qu'une personne sans-domicile vivant dans un CHRS et ayant un emploi serait préférée par le secteur, à une autre qui vit prioritairement dans la rue depuis plusieurs années et qui est bien plus désocialisée. Alors que pour le quota des sans-domicile l'un ou l'autre comptent un patient, la charge de travail auprès du premier est censée être moins importante que pour le deuxième.

continuité des soins mais, contrairement à celui-là, celui-ci est une règle écrite, dite la règle des 5 ans. Et le « placement imposé », dans notre cas, correspondrait au passage par le CPOA, qui impose la responsabilité de la prise en charge à tel ou tel service (secteur). Cependant, le CPOA n'a pas la possibilité concrète d'obliger le secteur à garder un patient en hospitalisation et encore moins à lui offrir des soins extrahospitaliers. Aussi, si le « placement imposé » est une procédure d'exception, les systèmes d'attribution de secteur (celui du CPOA ou d'autres) des personnes sans-domicile est une règle pour garantir l'accès aux soins de cette population.

Le deuxième aspect qu'essaie d'assurer cette règle de répartition est le principe de la continuité des soins. Cette période de cinq ans de prise en charge par l'équipe d'un même secteur permet – mais ne garantit pas – qu'une relation soit tissée entre la personne et cette équipe, ce qui favorise les soins. Cependant, il arrive que le secteur ne veuille pas ou plus recevoir une personne ou que la personne ne veuille plus de son secteur. Dans ce cas, la personne ne peut pas être re-sectorisée dans un autre secteur avant cinq ans, à compter du dernier contact avec le secteur d'origine. D'abord parce que ce serait réintroduire l'effet de tri ; puis parce qu'il est extrêmement rare qu'un autre secteur l'accepte, les secteurs étant très réticents à prendre en charge des personnes qui relèvent d'un autre secteur. On arrive ainsi à des situations dans lesquelles la personne est privée de soin, car arrivant au CPOA, ou dans n'importe quel service public de santé, elle est renvoyée à son secteur, qui refuse de la recevoir – ou auquel elle refuse de s'adresser – et elle ne peut pas être adressée ailleurs. Les usagers l'expriment par un refus, verbalisé et/ou agi, de se rendre à telle structure – hôpital, CMP... – ou de rencontrer tel intervenant, le plus souvent leur psychiatre référent ou l'assistante sociale. Cela peut aussi se présenter sur la forme d'un refus général : « Je ne veux plus entendre parler de psychiatrie ! », surtout lorsque la personne a connu plusieurs services. Le refus de la part des professionnels peut prendre une forme explicite – le psychiatre refusant de recevoir son patient – ou des formes plus ou moins implicites, qui vont d'un mauvais accueil à des séries d'hospitalisations trop courtes (24h à 48h) lorsque celle-ci est une orientation du CPOA. Parfois, le refus de soin de la part du service repose sur la désignation du patient comme un SDF, ce qui semble exclure sa dimension malade. C'est ce qu'explique cet infirmier à propos d'un des services de psychiatrie dans lequel il a travaillé :

*« ... dès qu'il y a marqué SDF, dehors, dehors, dehors... fou ou pas fou, c'est pas son problème (à la chef de service). Il est clochard, il n'a rien à faire à l'hôpital psychiatrique. Quand on était à telle ou telle unité, on avait un tableau avec le*

*nom des patients, c'était SDF, c'était sous contrainte, j'ai besoin de lits, les premiers qui sautaient. Et elle (la chef de service) n'a pas changé. Aujourd'hui, elle est confirmée dans son système car elle était comme ça quand elle avait 120 lits dans son service... Après, c'est comme je t'ai dit, c'est une politique de secteur et de médecin chef. Si tu as un médecin chef qui est un tout petit peu intéressé... »*

Cet extrait montre l'effet de la désignation des personnes comme étant des « SDF » sur leur prise en charge. Ce phénomène a été étudié par Albert Ogien (1986), dans un service de gastro-entérologie d'un hôpital général. L'auteur explique le processus de désignation de certains patients hospitalisés comme des « habitués » - et non pas comme des malades - et la réorientation de l'activité pratique du personnel du service à leur égard, en fonction de cette désignation. Ainsi, dans la mesure où les professionnels considèrent ne pas avoir affaire à un malade, ils peuvent lever la clause de l'aide due aux souffrants et traiter le patient en tant que simple usurpateur, traitement qui peut parfois se traduire en écarts d'humeur tels que, selon l'auteur, ils en arrivent à infliger à l'habitué des sévices inusités dans un lieu de soins. L'auteur cite notamment les tentatives pour éviter l'admission de ces patients, mais surtout les tentatives de réduire au possible leur séjour. L'auteur indique quelques raisons pour lesquelles ces personnes sont tout de même hospitalisées, malgré l'absence de critères médicaux pour le justifier : les chantages plus ou moins explicites au suicide, le risque de passer à côté d'une vraie maladie, le fait que ces personnes ne sont pas très nombreuses et ont généralement un comportement adéquat dans le service. Enfin, il ne parle jamais de pression de la demande, dans le sens où de « vrais » malades auraient besoin des lits occupés par les « faux » malades. Ce n'est pas du tout pareil sur mon terrain, où cette pression pour libérer les lits est très importante, puis ce ne sont pas seulement des pauvres, mais des clochards et ils ont souvent un comportement assez difficile dans le service, selon le discours des professionnels. Il est ainsi possible de comprendre que les tensions décrites par Albert Ogien, liées à l'admission et au séjour des « habitués », sont encore plus présentes sur le terrain que j'étudie.

Cet extrait montre également, comme je l'avais indiqué plus haut, que l'accueil des personnes sans-domicile dans les services, que ce soit pour une hospitalisation ou pour des soins extrahospitaliers, dépend en grande partie de la politique de chaque chef de service. Outre les entretiens et les observations, cette pratique de refus de prise en charge par les secteurs - de

patients non-sectorisés comme de ceux sectorisés - a été confirmée dans deux réunions avec le CPOA (JT, 14 novembre 2007 et Compte rendu du groupe de travail du 27 novembre 2007). Par ailleurs, dans le Séminaire National de Recherche Clinique (Rouen, 6 à 8 février 2008), plusieurs EMPP ainsi que des équipes sociales (de CHRS, notamment) de différentes villes de France ont fait part de ce type d'expérience de refus de soins, explicite ou non, de la part des secteurs. Ainsi, la règle dite des 5 ans, prévue par la note de l'ARH pour garantir la continuité des soins, peut avoir l'effet inverse, dans certains cas.

Enfin, le troisième aspect visé par cette note concerne le principe d'équité entre les secteurs. Ce principe peut être incompatible avec le principe de soins à proximité du milieu de la personne et en général, c'est l'équité entre les secteurs qui l'emporte. C'est-à-dire qu'une personne hébergée dans un CHRS dans le 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris, peut être référée à un secteur du 17<sup>e</sup> arrondissement. Cela est problématique d'abord parce qu'il s'agit d'un des principes fondamentaux de la sectorisation qui n'est plus garanti pour les personnes sans-domicile. Autrement dit, il semblerait que le principe d'égalité pour les secteurs introduit une inégalité pour les personnes prises en charge par le secteur. Car certains secteurs auraient un nombre beaucoup plus élevé de personnes sans-domicile dans leur file active que d'autres, s'ils devaient sectoriser directement les personnes, à partir de la notion de résidence stable ou de territoire de vie<sup>1</sup>, pour garantir des soins de proximité. En effet, il existe une grande concentration de structures d'hébergement<sup>2</sup> pour personnes sans-domicile dans le 13<sup>e</sup>, le 10<sup>e</sup>, le 18<sup>e</sup>, le 19<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> arrondissements de Paris, structures correspondant à la notion de résidence stable<sup>3</sup>. Par contre, les 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup> et 16<sup>e</sup> arrondissements en ont très peu. C'est également le cas des arrondissements du centre de Paris et les alentours des gares, qui concentrent une importante population de personnes sans-domicile. L'illustration<sup>4</sup> ci-dessus permet une visualisation de ces disparités. Les dessins bleus sur chaque arrondissement représentent approximativement la concentration de structures sociales et de places proposées :

---

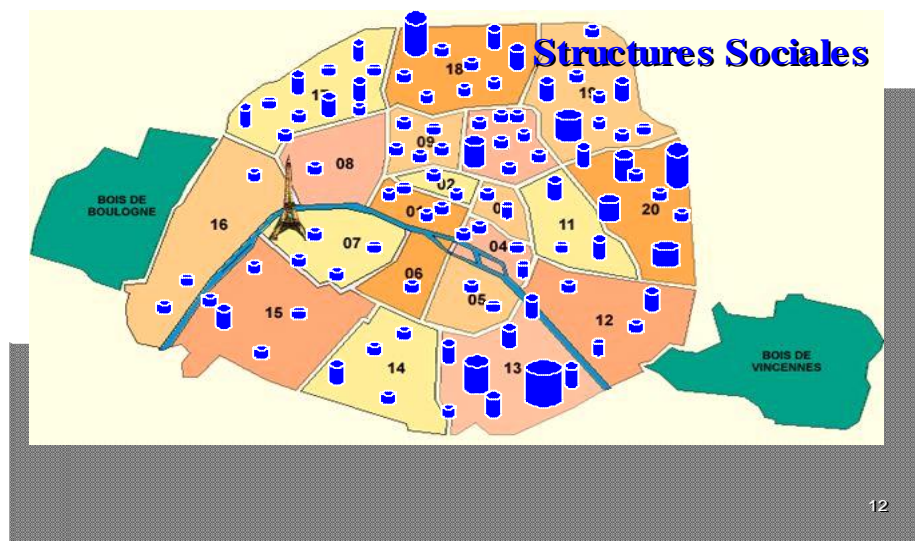
<sup>1</sup> A propos de cette notion, voir G. Dambuyant-Wargny (1999/2000)

<sup>2</sup> CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), CHU (Centres d'Hébergement d'Urgence), LHSS (Lits Halte Soins Santé), hôtels sociaux.

<sup>3</sup> M.L. Kelche (2005) affirme que 25% de la capacité des CHRS parisiens sont concentrés sur le 13<sup>e</sup> arrondissement, territoire de l'ASM 13 et 50% dans les arrondissements du nord-est, c'est-à-dire les 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup>, 19<sup>e</sup>, 20<sup>e</sup> arrondissements, territoire de l'EPS Maison Blanche (à l'exception d'une partie du 18<sup>e</sup>, appartenant au territoire de l'EPS Perray-Vaucluse).

<sup>4</sup> Il s'agit d'un diaporama créé par le Dr Alain Mercuel pour présenter le travail du Réseau Psychiatrie-Précarité. Il sera question de ce réseau plus loin dans ce chapitre. Une carte similaire a été dressée en 1995, pour une enquête sur échantillon ; elle montre cette même distribution, ou plutôt concentration, de services de ce type dans la capitale (J.M. Firdion, M. Marpsat, 2000).

Figure 2 : Distribution géographique des structures sociales à Paris



Ainsi, si chaque secteur devait prendre en charge toute personne sans-domicile vivant ou ayant été recueillie sur son territoire, il y aurait un grand déséquilibre de charge de travail entre les différents secteurs<sup>1</sup>. Par exemple, le secteur du 13<sup>e</sup> arrondissement aurait une charge beaucoup plus importante que celui s'occupant du 8<sup>e</sup> arrondissement.

Mais c'est surtout le principe de continuité de soins qui est prioritaire par rapport à celui de la proximité. Car à ce principe d'équité entre les secteurs, s'ajoute le fait que, comme nous l'avons vu, lorsqu'une personne sans-domicile change de lieu d'hébergement, elle continue d'être référée au même secteur et ce pendant 5 ans. Ce n'est pas ce qui se passe pour les personnes ayant un domicile, qui changent de secteur lorsqu'elles déménagent dans le territoire géographique d'un autre secteur<sup>2</sup>. Comme il arrive à une partie de cette population de changer de lieu d'hébergement très souvent, si elle changeait de secteur à chaque fois, pour garantir la proximité, c'est la continuité de soins, et partant les soins, qui en pâtirait.

Cependant, un des critères pour la sectorisation des personnes sans-domicile, prévu dans la note de l'ARH, est la notion de zone où la personne se trouve le plus souvent, qui peut être un lieu d'hébergement, mais aussi un lieu de soins somatiques ou un autre lieu où la personne se

<sup>1</sup> C'est d'ailleurs un argument qui justifie la liste faite par la DASS des CHRS sectorisés ou non sectorisés.

<sup>2</sup> Sauf accord, assez rare en pratique, entre les psychiatres des deux secteurs concernés, permettant que la personne continue à être soignée dans le secteur d'origine, si elle le souhaite.



trouve habituellement. Ce critère permet de réintroduire, autant que possible, ce principe de proximité. Cela n'est cependant pas toujours le cas. Il arrive souvent que des personnes installées depuis des années sur le même trottoir, parfois à proximité d'un CMP, soient sectorisées très loin de l'endroit où elles sont installées. Si pour tout un chacun il n'est pas toujours facile de traverser Paris pour aller à un rendez-vous médical, pour certaines personnes sans-domicile, ainsi que pour certaines personnes souffrant de troubles psychiques, cela l'est au moins autant, surtout si ces deux problématiques s'associent<sup>1</sup>. Par ailleurs, toutes les structures n'assurent pas, loin s'en faut, un accueil sans rendez-vous qui faciliterait l'accès aux soins de certains groupes de population, tels que les personnes sans-domicile et les jeunes. Aussi, du fait de la distance entre le service et le lieu de vie de la personne sans-domicile, est-il difficile pour l'équipe de soin du secteur d'organiser des visites à domicile, modalité de prise en charge assez répandue pour les personnes ayant un domicile dans le territoire du secteur et qui serait très utile également pour faciliter l'accès aux soins et la continuité de la prise en charge de la population en situation de rue.

La difficulté d'organiser une prise en charge extrahospitalière pour cette population est souvent avancée par les acteurs des secteurs comme une des raisons pour lesquelles leurs soins ont lieu prioritairement à l'hôpital<sup>2</sup>. Deux considérations à ce sujet, en amont et en aval : si les personnes ne bénéficient pas d'une prise en charge dans les structures ambulatoires, leur état de santé peut s'aggraver, ce qui entraîne une hospitalisation, notamment via les urgences, alors qu'une prise en charge ambulatoire précoce et régulière aurait éventuellement pu l'éviter. Après les hospitalisations, il est rare que la prise en charge continue à l'extrahospitalier, contrairement à ce qui se fait pour les personnes ayant un domicile<sup>3</sup>. Enfin, il apparaît que c'est au cours d'un séjour assez long à l'hôpital - ou bien de plusieurs séjours - que les personnes sans-domicile « accrochent » aux soins<sup>4</sup>, en tout cas avec les lieux et les

---

<sup>1</sup> Ce constat est exprimé par divers acteurs sur le terrain ainsi que par plusieurs auteurs dont J.P. Martin (2000, p.118) et H. Kerneis, C. Danquigny et M.E. Dugonnet (1998, p.1).

<sup>2</sup> Le rapport 2005 du DIM (Département d'Informatique Médicale) de l'Hôpital Esquirol le confirme, ainsi que le rapport Psychiatrie et Grande Exclusion (1996).

<sup>3</sup> Ce problème de continuité des prises en charge à l'extrahospitalier, après une hospitalisation, est constatée, dans les entretiens auprès des professionnels de la psychiatrie, aussi pour les personnes ayant un domicile, si elles n'ont jamais fréquenté les structures extrahospitalières. Cependant, ce problème est encore plus aigu pour les personnes sans domicile du fait, notamment, de leur difficulté à se rendre aux rendez-vous, évoquée plus haut.

<sup>4</sup> Le terme « accrocher » est souvent utilisé sur le terrain, mais je reprends ici cette notion, telle qu'elle a été décrite par Livia Velpy (2006). La quasi totalité des entretiens avec les partenaires des secteurs parlent de cette accroche facilitée par une hospitalisation longue ou plusieurs hospitalisations. Voir sur ce point H. Kerneis, C. Danquigny et M.E. Dugonnet, 1998.

équipes de soins intrahospitalières. Or, les unités d'hospitalisation psychiatrique à temps plein se situent rarement à proximité du lieu de vie des personnes, ce qui rend difficile le maintien dans les soins. S'il est difficile pour les personnes d'aller vers les structures ambulatoires dans Paris, cela l'est encore plus pour aller dans les hôpitaux en dehors de Paris.

Le paradoxe spatio-temporel peut donc se décliner selon deux aspects. D'une part, les règles de l'ARH cherchent à garantir l'accès aux soins et la continuité des soins pour tous, même si le principe de proximité est souvent bafoué : les personnes sans-domicile auront un secteur psychiatrique de référence, car les secteurs y sont en quelque sorte contraints, et ce pendant cinq ans. D'autre part, une fois que la personne est sectorisée, si cela ne se passe pas bien entre la personne et l'équipe du secteur, elle restera sans soins, et ce pendant cinq ans.

Nous avons donc vu comment, théoriquement, la politique de secteur devrait permettre l'accès aux soins psychiatriques pour tous et comment, concrètement, tout le monde n'y accède pas, notamment les personnes sans-domicile. Cependant, cela n'est pas nouveau et il faudrait comprendre pourquoi l'accès aux soins, et plus précisément les soins psychiatriques de cette population est considéré actuellement comme un problème. Car plus que le constat du phénomène, c'est la sensibilisation sociale à cette problématique, sa constitution en tant que problème public, qui est à l'origine des Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP).

#### **4. Sensibilisation récente de la société française à la problématique des personnes ayant des troubles psychiques et vivant dans les circuits de rue**

On sait bien que des phénomènes sociaux peuvent exister pendant longtemps sans pour autant constituer un problème public et puis, à un moment donné, ils le deviennent<sup>1</sup>. Effectivement, ce n'est pas un phénomène nouveau que des personnes vivent dans la rue, de manière durable,

---

<sup>1</sup> A propos de la notion de problème public, voir D. Céfai et D. Pasquier (2003). I. Hacking (2001 et 2002) discute également l'existence de phénomènes qui passent inaperçus pendant longtemps, par exemple la maltraitance infantile ou les « fous voyageurs », qui à un moment donné sont mis en évidence et ensuite, des dispositifs sont créés pour s'en occuper. Voir aussi H. Blumer (2004), qui critique l'affirmation selon laquelle un problème existe en soi, essentiellement, et propose que c'est la définition que la société donne à telle ou telle situation sociale qui détermine si celle-ci existe comme problème social. Pour comprendre ce qu'il appelle le processus de définition collective des problèmes sociaux, il définit 5 étapes de la carrière du problème, depuis son émergence et jusqu'à la mise en place concrète du plan d'action. Voir enfin D. Fassin et P. Bourdelais (2005) à propos des constructions de l'intolérable : ce qui est intolérable actuellement ne l'était pas forcément auparavant.

ponctuelle ou intermittente. Ce n'est pas non plus nouveau que des personnes ayant des troubles psychiques soient parmi ceux qui vivent dans les circuits de rue<sup>1</sup>. Par exemple, aux Etats-Unis, ce phénomène est devenu un problème public depuis les années 80 (E. Susser et al., 1989 ; A. Lovell, 1992c ; J.M. Firdion et M. Marpsat, 2000). Cependant, jusqu'au milieu des années 90, ce phénomène n'était pas considéré comme un problème public en France. Il l'est devenu progressivement, à partir d'un processus qui commence vers la fin des années 70, avec les problèmes liés à la pauvreté puis, au début des années 90 (P. Pichon, 2000 ; J. Damon, 2002), avec une sensibilité à la question des personnes à la rue qui commence à s'exprimer en termes d'« exclusion » (J. Donzelot, 1991 ; S. Paugam, 1996 ; D. Fassin, 2004). Je ne vais pas utiliser ce terme dans l'étude présente, si utilisé et en même temps si décrié, comme je l'ai exposé dans l'introduction, mais il est utile de suivre sa trajectoire pour comprendre cette sensibilisation car c'est le terme exclusion qui, depuis, prend toute la place de la réflexion à ce sujet dans la société française. Je vais suivre ces auteurs pour proposer une synthèse qui permettra d'avoir une idée générale de ce processus : d'abord le changement de perception de la pauvreté, ensuite l'intérêt pour le thème des personnes en situation de rue puis pour celui des personnes en situation de rue et ayant des troubles psychiques.

L'ouvrage de René Lenoir (*Les exclus – un français sur dix*, 1974) est souvent cité comme point de départ de cette histoire. On sait que son titre a été proposé par l'éditeur (S. Paugam, 1996 ; D. Fassin, 2004) alors que les termes « exclus » ou « exclusion » n'apparaissent quasiment pas dans le texte. Aussi, deux autres ouvrages antérieurs les avaient déjà utilisés, mais dans le sens d'un phénomène résiduel et individuel qui concernait des personnes inadaptées : les ratés de la croissance. Effectivement, c'est ainsi que la pauvreté était interprétée pendant la période de prospérité que connaissait la France à l'époque. Cependant, R. Lenoir attribue à ce phénomène d'inadaptation un caractère social<sup>2</sup>, dû aux nouveaux modes de vie dans les grandes villes (urbanisation désordonnée), à la pauvreté et au système scolaire, par exemple. Il parle d'une population hétérogène, composée d'alcooliques, jeunes drogués, débiles mentaux, handicapés physiques, enfants pris en charge par l'ASE (aide sociale à l'enfance) entre autres et indique que le phénomène s'élargit en nombre de personnes et de catégories sociales concernées.

---

<sup>1</sup> Voir notamment M. Foucault (1972) et R. Castel (1995).

<sup>2</sup> René Lenoir affirmait déjà qu'il « est de plus en plus difficile d'isoler le médical du social » (1974, p. 83) en donnant l'exemple des implications d'une réalité sociale familiale difficile sur la santé d'un enfant.

Cette compréhension du phénomène a été progressivement mise au premier plan à partir de la fin des années 70 et tout au long des années 80, lorsque la société française a connu les effets sociaux de la crise économique<sup>1</sup>. L'interprétation de la pauvreté évolue avec les notions de « précarité » d'abord et de « nouvelle pauvreté » ensuite, liées au contexte économique et plus particulièrement au problème du chômage. Il ne s'agit plus de quelques personnes inadaptées perçues dans leur individualité, mais de victimes de la crise, de plus en plus nombreuses, prises collectivement. Selon Serge Paugam, la solution envisagée pour cette population était de « *re-serrer les mailles du filet de la protection sociale et de faciliter leur insertion ou réinsertion dans le système économique* » (1996, p.13). La réponse la plus importante du gouvernement a été la mise en place du RMI, le 1<sup>er</sup> décembre 1988.

C'est dans ce contexte que le terme « exclusion » (re)apparaît et connaît un succès immédiat. Ce succès peut être attribué au fait qu'on a compris que la population précarisée pouvait glisser vers l'exclusion, que ce processus allant de l'intégration à l'exclusion en passant par la précarité concernait de plus en plus de monde : « *on ne naît plus pauvre, on le devient* » (H. Prolongeau, 1993, p.13). Ce succès peut être attribué également à la mise en évidence de la crise des liens sociaux, en plus du problème économique généré par la crise, ce qui a permis de passer d'une compréhension économique du problème à une compréhension multifactorielle. Enfin, ce succès vient d'un large consensus autour de la notion, large en termes d'acteurs qui l'utilisent – par exemple les politiques, les sciences sociales, les médias – et en termes de contenu. C'est-à-dire qu'elle peut englober les pauvres, les déviants, les chômeurs, les jeunes des quartiers et toute la « misère du monde »<sup>2</sup> ou parfois elle est utilisée de manière plus restrictive, concernant uniquement les chômeurs ou les sans-abri, par exemple<sup>3</sup>. On retrouve ici une tendance à la déspécification, dont parle Maryse Bresson (2006).

Concernant les appellations de sans-abri ou de SDF, elles sont aussi floues que celle d'exclus, parfois considérées comme synonymes ou comme des sous-catégories de cette dernière. Je

---

<sup>1</sup> Sur ce processus, voir aussi H. Thomas (1997).

<sup>2</sup> Le livre « La misère du monde » (P. Bourdieu, 1993) illustre bien cette diversité de populations considérées sur le même plan.

<sup>3</sup> Didier Fassin (2004) cite le Rapport Philippe Nasse (« Exclus et exclusions », 1991) comme exemple d'utilisation large de la notion d'exclusion et le Rapport Bertrand Fragonard (« Cohésion sociale et prévention de l'exclusion », 1993) comme exemple de l'utilisation de la notion restreinte au chômeurs.

vais considérer que ces appellations font plutôt référence aux personnes qui dorment dans la rue ou dans les centres d'hébergement, de façon ponctuelle ou durable, auxquelles je fais référence par l'expression « personnes vivant dans les circuits de rue ». L'attention de la société se porte sur cette population entre la fin des années 80 et le début des années 90<sup>1</sup>. Ainsi, Julien Damon et Jean-Marie Firdion (1996) montrent qu'à partir de la fin des années 80, des récits d'observation participante et certaines approches ethnographiques de l'univers des sans abri ont produit des livres au succès important : signe d'un début de sensibilisation de la société à cette problématique. Stéphane Rullac (2007) considère l'année 1993 comme un tournant : « *lorsque la France redécouvre ses sans-abri* » (p.204). Il montre qu'avant cette année-là, les sans-abri n'intéressaient pas grand monde et, subitement, ils (re)deviennent un centre d'attention médiatique. Par une recherche dans les archives du *Monde*, cet auteur a pu identifier 16 articles évoquant la réalité des sans-abri entre 1987 et 1992, avec les mots-clé « sans-abri », « froid » et « SDF ». Il remarque que ces articles sont étroitement liés à des hivers particulièrement rigoureux, à savoir 1987, 1990 et 1991. Ensuite, en 1993, une douzaine d'articles ont été publiés et, à partir de cette année-là, le thème des sans-abri a fait l'objet de médiatisation à chaque hiver, qu'il soit rigoureux ou pas. D'après cet auteur, c'est le nombre sensiblement plus important de morts de froid dans la rue cet hiver-là qui est à l'origine de ce tournant. Et la raison de ce grand nombre de morts est, pour cet auteur, la suppression des délits de vagabondage et de mendicité, dans le nouveau code pénal de 1993. Car jusque là, la police arrêtait les personnes considérées en délit de vagabondage ou de mendicité, même si à partir des années 40 cela était de moins en moins pratiqué (A. Vexliard, 1998 ; J. Damon, 2002) et encore moins à partir des années 60 (J. Damon, 2002). A Paris, la BAPSA, Brigade d'Aide aux Personnes Sans Abri, a été créée en 1955 pour les ramasser de force et conduire à la Maison de Nanterre les personnes à la rue ; là, elles pouvaient dormir ou passer une partie de la journée, prendre une douche et manger<sup>2</sup>. C'est pourquoi Stéphane Rullac (2007) considère qu'en supprimant ce double délit,

*« Le NCP a également enlevé aux forces de police des moyens d'arrêter régulièrement les sans-abri. Sans préjuger de l'objectif de ces ramassages forcés, la loi excluait d'ailleurs de disposer d'une raison particulière, le NCP a supprimé »*

---

<sup>1</sup> Voir Julien Damon (2002) pour le détail de l'ensemble de ce processus qui mène à la fixation de la question SDF dans l'agenda politique français.

<sup>2</sup> Sur les descriptions de ce qui se passait dans ces lieux, voir par exemple Xavier Emmanuelli (2003) et Patrick Declerck (2001) qui, de plus, présentent un historique de cet établissement qui a ouvert ses portes en 1887, en tant que dépôt de mendicité.

*des outils qui permettaient concrètement d'assurer une réelle protection sanitaire. Force est de constater qu'en 'capturant' régulièrement les vagabonds dans les rues, les pouvoirs publics assuraient autant une sanction, qu'une assistance de fait qui limitait les risques d'hypothermie mortelle. Il est néanmoins important de préciser que ce bénéfice secondaire dépendait souvent d'une pratique qui ne reposait sur aucun cadre légal clair. C'est notamment le cas des hébergements forcés dans des institutions de type 'dépôts de mendicité' qui constituaient des arrestations hors-procédure en dehors des moyens réglementés, tels que la garde à vue, l'incarcération préventive, l'hospitalisation d'office ou encore le dégrisement » (p. 210)*

Si la prise en charge forcée des sans-abri n'est plus possible, si les sans-abri ont vécu pendant longtemps l'expérience de l'assistance amalgamée à la répression, ils n'étaient pas prêts à accepter d'aller dans les centres d'hébergement qui leur étaient proposés. Ainsi, avec le droit de vivre dans la rue, les sans-abri ont aussi obtenu celui d'y mourir. D'après Stéphane Rullac, cette augmentation du nombre de morts à la rue a attiré l'attention de l'opinion publique<sup>1</sup>. C'est aussi l'augmentation de leur visibilité dans la rue qui attire l'attention ; car si avant la suppression de ces deux délits, les sans-abri avaient l'habitude de se cacher pour échapper à l'assistance-répression de la police, depuis 1993, ils n'ont plus besoin de se cacher et, au contraire, s'ils veulent de l'aide, ils doivent se montrer pour être repérés par les équipes de rue susceptibles de leur proposer des prestations telles qu'un repas ou un hébergement. Des équipes qui désormais n'interviennent plus sous contrainte, mais qui cherchent à humaniser (c'est le maître mot utilisé à l'époque) l'assistance aux personnes sans abri. Julien Damon (2002, 2007) présente un autre aspect de la visibilité de cette population : les vendeurs de journal SDF sur fond de récession, en cette même année 1993.

C'est dans ce contexte que le 22 novembre 1993, le samu social de Paris (SSP) a été créé, avec ses équipes mobiles d'aide (EMA), composées d'un travailleur social, un infirmier et un chauffeur *« pour aller à la rencontre des personnes sans abri en détresse et qui ne sont plus à même d'appeler les secours, qu'ils soient sociaux, médicaux, psychiatriques ou*

---

<sup>1</sup> Il est à souligner que dans d'autres contextes, c'est la mort d'un sans-abri en hiver qui attire l'attention et déclenche des interventions. Par exemple, Anne Lovell (1996c) décrit le décès d'une femme à la rue comme point de départ de la médiatisation et des interventions à l'intention des personnes sans-abri, dans les années 80 à New York. En France, c'est aussi le décès par hypothermie d'une femme à la rue, après avoir été expulsée de son domicile, qui attire l'attention de la société vers cette problématique, à partir de l'appel de l'Abbé Pierre en 1954.

*psychologiques* »<sup>1</sup>. La création de cette institution de manière extraordinairement rapide par rapport aux événements (abrogation du double délit, les décès de personnes à la rue, la sensibilisation de la société à ces décès), a été possible du fait de la rencontre entre Xavier Emmanuelli et Jacques Chirac. Le premier connaissait le terrain, car il avait participé à la création du SAMU médical (l'urgence) et de Médecins sans Frontière (l'humanitaire) et il avait également une large expérience du travail auprès des sans abri, en tant que médecin du CASH<sup>2</sup> de Nanterre. Le deuxième était alors Maire de Paris en début de campagne présidentielle. Dans la campagne pour l'élection présidentielle de 1995, le thème de l'exclusion était un des axes des débats, à tel point que *« tous les candidats furent contraints par les attentes collectives des Français de préparer un programme spécifique »* sur ce thème. *« L'exclusion est désormais le paradigme à partir duquel notre société prend conscience d'elle-même et de ses dysfonctionnements, et recherche, parfois dans l'urgence et la confusion, des solutions aux maux qui la tenaillent. »* (S. Paugam, 1996, p.7). On voit donc à quel point la société française est devenue sensible à cette question qu'on nomme « exclusion sociale » ou « nouvelle question sociale », même si le problème et la population ainsi nommés ne sont pas très clairement définis.

En ce qui concerne la psychiatrie, le rapport Lazarus (1995), intitulé « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », est considéré habituellement comme un point de départ pour la nouvelle formalisation des relations entre la psychiatrie et la précarité<sup>3</sup>. Il s'agit du résultat du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », présidé par Antoine Lazarus. Dans ce rapport, la population des personnes malades mentales ainsi que celle des clochards n'est pas prise en considération, parce qu'il s'intéresse à des états limites, à ceux qui ne sont pas assez malades mentaux pour être clairement dans un dispositif de soin psychiatrique, ceux qui ne sont pas à l'extrême de la désocialisation. Il s'agit plutôt des populations qui souffrent de leurs conditions difficiles de vie, comprenant par exemple, le chômage ou les faibles revenus. Cependant, sa contribution est fondatrice de ce qui se passera ensuite dans la création des Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP), notamment par deux aspects. D'abord, il définit deux populations souffrantes : les usagers et les équipes qui s'en occupent. La

---

<sup>1</sup> [www.samusocial-75.fr](http://www.samusocial-75.fr)

<sup>2</sup> CASH de Nanterre : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre.

<sup>3</sup> Didier Fassin (2004) montre que deux expériences, l'une à St Denis (avec la population locale, depuis 1986) et l'autre au niveau national (le séminaire Ville et santé, depuis le début des années 90) ont permis de réunir des savoirs, des expériences, des acteurs qui ont ensuite participé à l'élaboration du Rapport Lazarus et ce à partir de 1993. Aussi un colloque avait eu lieu à Lyon, organisé par l'ORSPERE en 1994, sur le thème « Déqualification sociale et psychiatrie ».

reconnaissance de la souffrance des intervenants face aux récits de souffrance des usagers et face aux échecs récurrents de leurs interventions, par exemple, aboutit à l'idée qu'il faut aussi offrir une « écoute aux écoutants » (D. Fassin, 2004) - ou une « aide aux aidants », comme on le dit habituellement dans le milieu des Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP). Le deuxième aspect à retenir dans ce rapport est qu'il nomme cette souffrance qu'on ne pouvait plus cacher mais qu'on ne savait pas nommer jusque là. Cette souffrance, c'est quelque chose qui dépasse les compétences des intervenants sociaux mais qui ne relève pas de la psychiatrie ; cela touche à la santé mentale mais ce n'est pas une maladie mentale : c'est une « souffrance psychique », une souffrance provoquée par les conditions de vie précaires, bref par des aspects sociaux. La notion de souffrance psychique va fonctionner comme un trait d'union permettant d'articuler ces deux domaines qui sont à la fois dépassés mais fortement concernés par cette problématique ainsi nommée<sup>1</sup>. C'est à dire que la psychiatrie ne peut pas intervenir directement sur les problèmes de chômage, par exemple, mais si le problème est qualifié de « souffrance » et qui plus est « psychique », il est possible d'imaginer que la psychiatrie soit concernée par la recherche de sa solution.

Cependant, si les équipes des dispositifs sociaux ne savent pas exactement ce qu'est cette souffrance, ni comment s'y prendre, la psychiatrie ne se considère pas plus pertinente dans ce domaine, en tout cas pas dans son volet soin (cure). Or, comme le montre Nicolas Henckes (2007), la politique de secteur a permis non seulement aux patients psychiatriques de sortir des hôpitaux pour vivre dans la ville, mais surtout aux équipes psychiatriques de sortir de ces hôpitaux pour intervenir dans la ville, et d'intervenir sur autre chose que la maladie mentale, dans son volet cure, même si cette autre chose n'est pas bien définie. Elle pourrait éventuellement intervenir sur son volet prévention qui, comme prévu dans la politique de secteur, doit être indissociable de la cure et de la post-cure. Seulement deux problèmes se présentent : d'abord, pour que la psychiatrie puisse intervenir, il lui faut une demande et c'est justement ce qui fait défaut dans ces populations – je vais y revenir dans le détail, dans le chapitre 4 ; puis pour ce qui est de la prévention<sup>2</sup>, elle n'a jamais vraiment développé ce volet-là.

---

<sup>1</sup> Ce nouveau mode d'articulation entre ces deux mondes que je décris ici correspond à un mouvement de spécialisation-déspecialisation dans le sens de Maryse Bresson (2006).

<sup>2</sup> Le problème de la prévention en psychiatrie est très complexe et ne pourra pas être discuté ici. Cependant, il importe de préciser que ce problème dépasse largement la seule question du manque de demande pour légitimer l'intervention.



Cette entrée par la prévention est abordée, dans le rapport « Psychiatrie et grande exclusion » (1996), sur deux plans : prévenir l'exclusion des malades mentaux et prévenir les troubles psychiques des personnes exclues. Ce rapport, commandé par Xavier Emmanuelli, alors secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, devait présenter « *des propositions pour améliorer la prise en charge, par les équipes de secteur psychiatrique, des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiatriques* » (p.1). Ces propositions ne visent donc pas la création de nouveaux dispositifs, mais la prise en charge de cette population dans le dispositif du droit commun, à savoir les équipes de secteur psychiatrique, comme partie intégrante de ses missions habituelles. Néanmoins, ce rapport pose déjà les bases de réflexion qui seront à l'origine de la création des EMPP, notamment relatives à la définition de la problématique spécifique de la prise en charge psychiatrique des personnes sans-abri et des objectifs généraux à atteindre.

J'insiste sur le fait que dans ce rapport, la population et la problématique sont plus ciblées : il ne s'agit plus des exclus pris de manière large, mais des personnes vivant dans la rue ou dans les centres d'hébergement. Puis il ne s'agit plus des personnes en souffrance psychique mais des personnes présentant des troubles psychiatriques. Population et problématique n'en demeure pas moins difficiles à définir.

Malgré cette difficulté, autant le rapport Lazarus que le rapport « Psychiatrie et grande exclusion » soulignent qu'il ne faut pas attendre d'avoir plus de précisions à ce sujet pour pouvoir intervenir. Effectivement, plusieurs initiatives sont mises en place sur le terrain pour essayer d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques et la prise en charge globale de cette population, dans des formes diverses et changeantes d'articulation entre la psychiatrie et le social<sup>1</sup>. La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions vient renforcer ce processus. Elle précise que « *l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé* » (art.67). La mise en place des PRAPS (Programmes Régionaux Accès à la Prévention et aux Soins des personnes en situation de précarité)<sup>2</sup> permet le financement de plusieurs actions pour « *lutter contre les*

---

<sup>1</sup> A ce propos, voir par exemple M. Autès et M. Bresson (2001).

<sup>2</sup> L'article 71 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 prévoit l'élaboration de 26 PRAPS (22 en France métropolitaine et 4 en départements d'Outre Mer). En février 2001, les 26 PRAPS dits « de première génération » ont été officiellement validés en Comité Régional des Politiques de Santé présidé par le Préfet de Région.

*pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels » (art.71).*

Voilà une partie du décor plantée : nous avons un phénomène – des personnes vivant dans les circuits de rue présentant ou supposées présenter des troubles psychiques ; nous avons une société qui considère ce phénomène comme un problème public et qui cherche des solutions pratiques. Cependant, je fais l'hypothèse que la qualification psychiatrique du phénomène n'est pas la définition du problème public mais la définition de sa solution. Autrement dit, le problème public serait le fait que des personnes vivent (et meurent) dans la rue et une solution serait le ciblage sur les souffrances psychiques, voire sur les troubles psychiques. D'abord parce que si l'on considère que ces personnes ont une souffrance ou un trouble psychique, il ne s'agit plus d'un problème social et collectif (chômage, manque de logement...), mais sanitaire et individuel ; par voie de conséquence, c'est un problème technique<sup>1</sup>. C'est-à-dire que si l'on cible une partie de cette population vivant dans les circuits de rue, à partir de sa qualification psychiatrique (souffrants psychiques ou des malades mentaux), cela permet de situer le problème dans l'individu et non pas dans la société, et d'envoyer la question aux techniciens – les psychiatres, en l'occurrence. Comme la psychiatrie refuse de « psychiatriser le social »<sup>2</sup>, elle renvoie le problème aux dispositifs sociaux, sur le plan pratique, et au politique, sur un plan plus général, en refusant cette définition du problème : il ne s'agit pas, en tout cas pas uniquement, d'un problème individuel mais surtout collectif et sa solution n'est donc pas, en tout cas pas uniquement, dans la psychiatrie. En pratique, on reste dans ce jeu de patate chaude<sup>3</sup> : la psychiatrie dit au social « Hébergez-le d'abord, je le soignerai ensuite » et le social dit à la psychiatrie « Soignez-le d'abord, je l'hébergerai ensuite ». Le problème public est donc au croisement entre la réalité de la présence de personnes dans la rue, la sensibilité de la société à cette réalité et la tentative frustrée de définir et régler le problème public par une qualification et une action technique (psychiatrique en l'occurrence). Cela aboutit donc à l'idée qu'il faut créer un nouveau dispositif pour s'occuper de ce problème public, à la frontière du sanitaire et du social. Je vais présenter une des solutions proposées, celle qui deviendra paradigmatique : les Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP).

---

<sup>1</sup> A ce propos voir, notamment A. Lovell (1992c), M. Bresson (2006) et D. Fassin (2004).

<sup>2</sup> Voir notamment le rapport « Psychiatrie et grande exclusion », 1996.

<sup>3</sup> Julien Damon (2002) en parle en termes de jeu de ping-pong.

## 5. Les Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP)

Depuis les dix dernières années, des Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP) ont vu le jour en France et notamment à Paris, dans le but de faciliter l'accès aux soins psychiatrique des personnes sans-domicile<sup>1</sup>.

Six de ces équipes interviennent à Paris. Cinq d'entre elles ont été créées à partir de 1999, quand la DASS (Direction des affaires sociales et sanitaires) de Paris a mis en place le Réseau Psychiatrie-Précarité, suite à la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Ce réseau est composé d'un versant social et d'un versant psychiatrique. Le versant social est constitué de plus de 400 structures de prise en charge des personnes sans-domicile : ce sont des accueils de jour, des CHRS, des CHU, des LHSS, des hôtels sociaux et d'autres. Ces structures existaient déjà, pour la plupart, au moment de la création du Réseau Psychiatrie-Précarité. Elles sont gérées par des institutions diverses, telles que Emaüs, Secours Catholique, samu social entre autres. Le versant psychiatrique est constitué du CPOA, d'une EMPP qui existait depuis avril 1998 (celle dont il sera question dans cette étude) et de cinq équipes créées par la DASS<sup>2</sup>. Chacune de ces équipes est rattachée à l'un des cinq établissements psychiatriques qui desservent Paris et intervient prioritairement dans les structures sociales du territoire de responsabilité de l'hôpital respectif. La figure 3 permet de mieux visualiser cette distribution géographique.

Chaque versant du Réseau Psychiatrie-Précarité a un coordinateur<sup>3</sup> et ces deux coordinateurs sont des interlocuteurs privilégiés de la DASS de Paris pour tout ce qui concerne l'interface psychiatrie-précarité. Le versant psychiatrique se rencontre environ une fois par mois pour échanger des informations cliniques et institutionnelles, par exemple : des personnes prises en

---

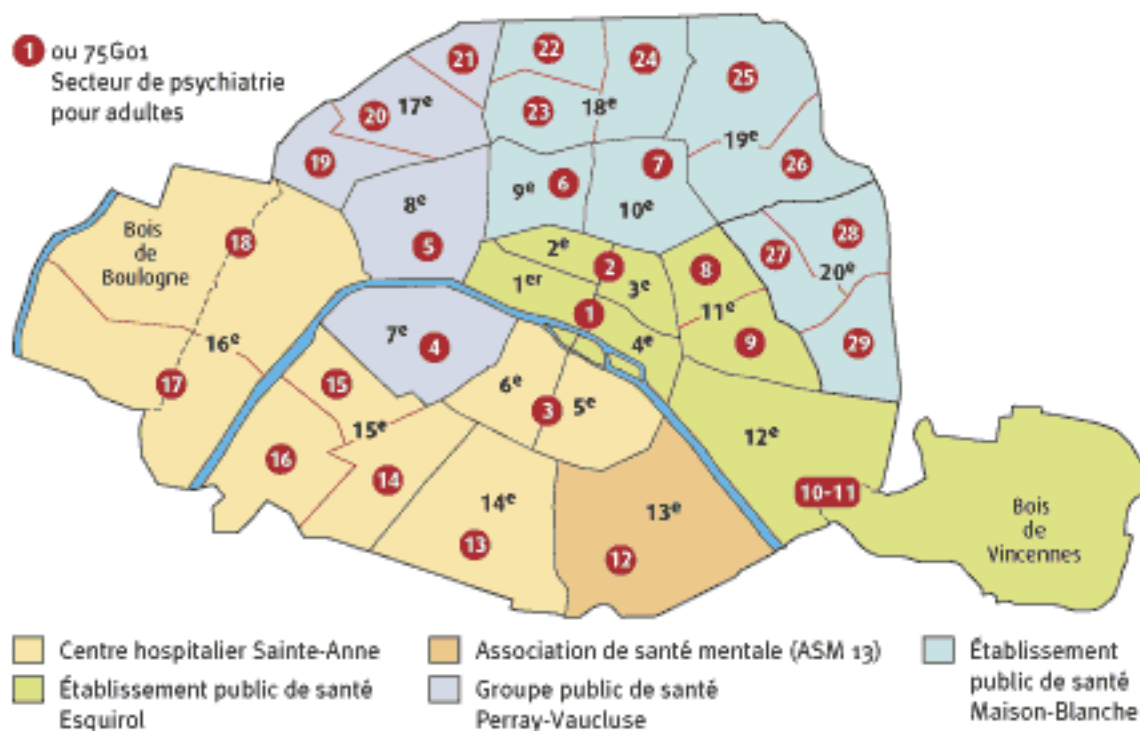
<sup>1</sup> Anne Lovell décrit et analyse le travail des équipes mobiles de psychiatrie américaines, créées dans les années 80 et ayant pour cible les sans-abri localisés dans une région particulièrement aisée de Manhattan. Elle aborde, par exemple leur création à partir de la défaillance des services de psychiatrie existants - défaillance sur le plan de la capacité à convaincre les patients d'intégrer et de rester dans les services et défaillance sur le plan de leur acceptation dans les services (1997, 1998) ; mais aussi leur création à partir de la nécessité de nettoyer une région précise de New York : « rendre l'usage d'un parc à ses voisins, d'une gare à 'ses' navetteurs, passe avant de procurer soins et logement aux personnes sans abri » (1996a et 1996c) avec financement par les commerçants du coin. Elle étudie leur pratiques telles que l'identification des possibles usagers (1996a, 1997), leur orientation vers des services ou les tentatives pour les convaincre d'utiliser les services (1997).

<sup>2</sup> Au départ, il y avait six équipes, car le CH Sainte-Anne en comptait deux, mais elles ont fusionné depuis.

<sup>3</sup> Jusqu'en 2003, il y avait un seul coordinateur pour les deux versants, un psychiatre responsable d'une des EMPP. Entre 2003 et 2006, un coordinateur par versant. Après 2006, aucun coordinateur n'a été nommé par la DASS pour aucun des versants.

charge en commun par les différentes EMPP ; les outils de recueil de données et d'évaluation de l'activité ; les outils de communication de chaque EMPP et de l'ensemble du versant psychiatrique ; les positions à prendre vis-à-vis des partenaires sociaux, des hôpitaux d'origine de chaque équipe et des tutelles.

Figure 3 : Distribution géographique des secteurs de psychiatrie à Paris



source : Guide de la psychiatrie publique à Paris, Psycom 75, 2006.

EPS Esquirol pour les 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> et 12 arrondissements ;  
 CH Sainte-Anne pour les 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup> et 15<sup>e</sup> arrondissements ;  
 EPS Maison Blanche pour les 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup>, 19, 20<sup>e</sup> arrondissements ;  
 ASM 13<sup>1</sup> pour le 13<sup>e</sup> arrondissement ;  
 Perray-Vaucluse/Henry-Ey pour les 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> arrondissement.

Dans d'autres départements, différents types d'initiative ont été prises, parfois aucune. Dans le Val de Marne<sup>2</sup>, par exemple, le choix n'a pas été de créer des EMPP, mais d'investir dans une coordination qui mobilise les structures des deux domaines pour qu'elles se mettent en

<sup>1</sup> L'ASM13, Association de Santé Mentale du 13<sup>e</sup> arrondissement, est une association participant au service public hospitalier (PSPH).

<sup>2</sup> Je fais référence à la situation d'avant la circulaire du 23 novembre 2005 (annexe 1).

contact. La personne chargée de cette coordination rencontre les équipes du droit commun, sociales ou psychiatriques, et non pas les usagers. C'est aussi le cas dans les Yvelines, où une EMPP fait l'interface entre le social et le psychiatrique sous la forme d'un conseil aux équipes concernées, mais sans jamais rencontrer les personnes sans-domicile. D'autres EMPP existent en France, émanant d'initiatives différentes<sup>1</sup> : d'un hôpital psychiatrique ou d'un secteur psychiatrique (J.P. Martin, 2000) ou encore du partenariat entre un secteur psychiatrique et une structure du social, par exemple. Plusieurs d'entre elles sont membres du RNSPP (Réseau National Souffrance Psychique et Précarité), une association loi 1901. Un autre lieu de convergence de ces équipes est l'ORSPERE (Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion).

Les EMPP parisiennes ont chacune leur composition : un assistant social à temps plein ; entre un et quatre infirmiers à temps plein ; entre 0.2 équivalent temps plein (une journée par semaine) de médecin coordinateur à 1 psychiatre à temps plein. Elles ont également chacune leur mode de fonctionnement du fait de leur composition, mais aussi des différences de terrain d'implantation – notamment relatives au nombre et au type de structures sociales, médico-sociales et sanitaires - et des choix de chaque équipe. Ainsi, plusieurs modes d'intervention sont pratiqués :

- a) les permanences : un ou deux membres de l'EMPP se rendent régulièrement (une ou deux fois par semaine, une ou deux fois par mois) dans des structures sociales comme les accueils de jour ou les CHU, où ils passent la demi-journée et rencontrent les usagers ou les membres de l'équipe qui le souhaitent. Ces rencontres peuvent être plus ou moins formalisées. Cela peut être une conversation dans le couloir ou dans des salles communes ou bien un entretien dans un bureau, parfois avec rendez-vous ;
- b) les réponses à la demande : les partenaires, très rarement les usagers, peuvent contacter l'EMPP pour solliciter un conseil par téléphone ou une intervention *in situ* ;
- c) les réunions d'appui-soutien : un ou plusieurs membres de l'EMPP participent à un temps de réunion formelle dans laquelle sont évoquées quelques prises en charge ainsi

---

<sup>1</sup> D'autres types d'intervention existent, qui ne prennent pas la forme d'une équipe, mais par exemple, de la permanence d'un psychologue ou d'un infirmier psychiatrique dans des locaux d'accueil social, comme en témoignent C. Fillol-Bertrand (2004), à propos de l'expérience d'Angers, ainsi que V. Dessale et al (2000), sur l'expérience de Bron. Pour des exemples d'expériences, voir le rapport Parquet (2003) et plusieurs numéros de Rhizome.

que certaines thématiques comme la gestion de la violence dans l'institution, les conduites addictives, les rapports aux structures psychiatriques ;

- d) les visites sur site : les membres de l'EMPP se rendent sur le site où l'utilisateur se trouve (structure sociale, sanitaire, rue) pour un entretien.

Chaque EMPP combine ces différentes formes d'intervention, c'est à dire que certaines d'entre elles font très rarement de visite sur site, mais beaucoup de permanences ; d'autres ne font pas de permanences, mais plutôt des réunions d'appui-soutien et des réponses à la demande. Cependant, elles affichent en commun l'objectif de faire le lien entre les dispositifs psychiatriques et le dispositif d'aide sociale pour favoriser, si besoin, l'accès et le maintien dans les soins psychiatriques du droit commun des personnes sans-domicile ; et d'autre part, elles favorisent l'accès et le maintien dans les structures sociales du droit commun pour les personnes ayant ou étant supposées avoir des troubles psychiques. Pour ce faire, elles interviennent auprès des usagers, auprès des équipes de terrain concernées et sur un plan institutionnel. Ces équipes ne sont donc pas censées soigner cette population ou, pour utiliser leur formule, elles ne sont pas là pour se substituer aux équipes de secteur psychiatrique, mais plutôt pour évaluer et orienter même si, pour le faire, il est nécessaire de rencontrer la personne à plusieurs reprises, parfois pendant plusieurs mois.

Outre les interventions auprès des usagers, les EMPP interviennent auprès des équipes des deux domaines, dans le sens d'une sensibilisation aux questions autour des imbrications entre le social et le psychiatrique, d'une information sur les dispositifs existants dans les deux domaines et d'un soutien dans leur pratique avec cette population (rapport Lazarus, 1995). Finalement, elles exercent une fonction d'« expertise » auprès des tutelles (DASS, ARH) et d'autres groupes qui réfléchissent à ces questions. Ces différentes fonctions des EMPP peuvent être résumées dans l'expression « articulation du sanitaire et du social » (M. Autès et M. Bresson, 2001 ; M. Jaeger, 2000).

Il importe de préciser que l'activité des EMPP est peu codifiée, leurs obligations et interdictions sont rarement énoncées par des instance tierce, que ce soit au niveau des tutelles ou des hôpitaux de rattachement des équipes, que ce soit sur le plan de ces instances

administratives ou médicales<sup>1</sup>. Ces définitions sont complètement endogènes, voire individuelles, souvent fondées sur la conscience de chacun. Aucun texte ou protocole ne détermine la façon dont les équipes doivent intervenir. Il n'existe pas de références de bonnes pratiques. De ce fait, les sanctions ne peuvent pas l'être davantage. La seule forme de contrôle exercé sur l'EMPP est celle effectuée par les partenaires et les usagers, à travers le travail micropolitique, c'est à dire un travail quotidien sur la distribution des pouvoirs entre les acteurs et sur leur légitimation.

Par ailleurs, l'activité des EMPP étant peu codifiée, elle est également peu évaluable par les tiers, par les partenaires ou par les tutelles. Les tentatives pour construire des indicateurs d'activité partagés sont récentes et s'avèrent extrêmement complexes. Dans les meilleurs des cas, ces indicateurs permettent de décrire l'activité de chaque équipe, mais en aucun cas de l'évaluer et encore moins de comparer les équipes. Cela a été vérifié lors des réunions du Réseau Psychiatrie-Précarité pour établir un bilan d'activité commun. La première étape a été la définition des critères sur lesquelles l'activité devrait être recueillie : qu'est-ce qu'un acte, qu'est-ce qu'une réunion d'appui-soutien, qui est inclus dans la file active (personnes rencontrées, personnes pour qui un acte a été effectué ou personnes pour qui une demande a été formulée ?) Prenons l'exemple de ce dernier un critère : en fonction des disparités mentionnées, la comparaison du nombre de personnes rencontrées par les équipes ne fournit que peu d'informations sur le travail accompli. Car une équipe fonctionnant plutôt sur le mode *passerelle* rencontre normalement un nombre plus important d'usagers qu'une autre équipe fonctionnant prioritairement sur un mode *expertise*, du fait que la première intervient plus souvent auprès des usagers et la deuxième, plutôt auprès des partenaires. Dans le cas de deux équipes fonctionnant prioritairement sur le mode *passerelle*, on pouvait s'attendre à ce qu'une équipe comptant deux membres ait un nombre proportionnellement moins important de personnes rencontrées qu'une autre, comptant six membres. Seulement, si cette équipe plus nombreuse travaille plutôt auprès des personnes vivant prioritairement dans la rue, elle voit les mêmes personnes plusieurs fois dans l'année et donc elle rencontrera proportionnellement moins d'usagers qu'une équipe, moins nombreuse, qui peut les orienter au bout d'une ou deux rencontres. Cela montre à quel point l'activité est peu évaluable et, à fortiori, peu contrôlable.

---

<sup>1</sup> L'absence de précisions ici décrite concerne, sur le plan national, la caractérisation du dispositif EMPP. Par ailleurs, certaines EMPP ont signé des conventions avec des partenaires sociaux, avec les tutelles et/ou avec les hôpitaux de rattachement. Ces conventions peuvent éventuellement préciser davantage les aspects évoqués.

Malgré l'absence de définitions et d'évaluation sur ces dispositifs, en 2003, le rapport Parquet<sup>1</sup> fait cinq propositions concrètes pour « *une meilleure prise en charge de la souffrance psychique chez les personnes en situation d'exclusion* », dont la première concerne les EMPP :

- a) « *mise en place d'un réseau santé mentale précarité appuyé sur une équipe mobile départementale de santé mentale pour personnes précarisées* » (avec financement par le PRAPS<sup>2</sup>, notamment).
- b) « *mise en place de lits de repos à orientation psycho-sociale* ». Cette proposition s'inspire des lits d'hébergement avec soins infirmiers somatiques existants .
- c) « *développer la prise en charge des personnes présentant une souffrance psychique au sein des maisons relais*<sup>3</sup> ».
- d) « *développer les travaux de recherche clinique dans cette population* ».
- e) « *développer les activités de soutien et de formation auprès des travailleurs sociaux et des acteurs de la santé mentale* ». Ceci se décline en formation initiale et en soutien aux équipes de terrain. Le PRAPS est encore une fois le mode de financement préconisé.
- f) « *renforcer la prise en charge des conduites addictives dans les populations exclues ou précaires* ».

Aucune de ces mesures n'a vraiment été mise en place mais ce rapport marque un pas vers l'institutionnalisation des EMPP, qui étaient considérées jusque là comme des expériences-pilote ponctuelles<sup>4</sup>. C'est en 2005 que cette institutionnalisation se concrétise par une

---

<sup>1</sup> Ce rapport est intitulé « Souffrance psychique et exclusion sociale ».

<sup>2</sup> PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes en situation de précarité.

<sup>3</sup> Les maisons relais, dispositif anciennement appelé pension de famille, accueillent des « personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire. » (circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais).

<sup>4</sup> Un autre aspect important de ce rapport est la tendance à créer des dispositifs plus ou moins spécifiques pour, selon les termes du document, les personnes en situation de précarité ou d'exclusion et présentant des souffrances psychiques. Julien Damon (2002) présente une discussion sur les deux tendances, celle de créer des dispositifs spécifiques, ciblés sur une population, et celle de renforcer des dispositifs universalistes. Ce qui est proposé dans le rapport Parquet, en ce qui concerne les équipes mobiles, c'est un dispositif à la fois spécifique, parce qu'il est ciblé sur une population, et en même temps despécialisé (universaliste), parce qu'il s'inscrit dans le dispositif psychiatrique général et a pour but de le renforcer, et non pas de le remplacer. Ce n'est pas le cas des lits de repos (recommandation b), qui est un dispositif ciblé spécifique. Dans la recommandation c, il est



circulaire. La circulaire du 23 novembre 2005 (voir annexe 3) est le premier document officiel relatif à la mise en place d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Le cahier de charge, annexé à cette circulaire, reprend les grandes lignes du travail réalisé par les EMPP existantes, sans le préciser davantage, dans un souci affiché de ne pas modéliser leur activité. Avec cette circulaire, surtout avec le financement spécifique qu'elle prévoit pour la mise en place de ces équipes, leur nombre s'accroît très rapidement. Certaines équipes qui ont vu alors le jour étaient déjà en voie de création, ayant conduit leur réflexion sur les besoins et ayant engagé la recherche de financements ; d'autres avaient déjà une petite pratique et ont pu être ainsi renforcées ; dans d'autres cas, des projets ont été créés, motivés par l'existence d'un financement fléché. Ainsi, le dispositif EMPP devient une sorte de paradigme pour articuler les dispositifs sociaux et les dispositifs de soins psychiatriques.

---

question d'utiliser des structures existantes, à savoir les maisons-relais et les services de psychiatrie, et de favoriser leur travail commun.

## Chapitre 3 - À propos d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP)

Après avoir explicité le contexte général dans lequel les Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP) ont été créées, il est temps de regarder de plus près l'EMPP qui sera au cœur de cette étude, notamment sur le plan de son mode de fonctionnement. La spécificité de cette EMPP, par rapport aux cinq autres EMPP parisiennes, tient surtout à son lieu d'intervention, ce qui ne manque pas d'entraîner certaines caractéristiques dans son mode de fonctionnement. Cette spécificité est en partie due à son histoire. Dans ce chapitre, je vais d'abord exposer quelques aspects, liés au contexte de sa création et à son évolution. Ensuite, j'essayerai de familiariser le lecteur avec cette EMPP en décrivant son travail au quotidien, auprès des usagers et des partenaires, dans les centres d'hébergement et dans la rue ; cette familiarité sera fondamentale pour les analyses qui seront développées tout au long de cette étude. Je vais enfin discuter l'implication, dans le travail quotidien de l'EMPP, des aspects historiques de sa création et de son évolution, et ce sur deux aspects : la mobilité et l'identification.

### 1. Création et évolution de cette EMPP

Cette équipe a été créée en avril 1998 par une convention<sup>1</sup> entre un hôpital psychiatrique et une grande institution sociale, que je désignerai dorénavant comme Institution Sociale Partenaire<sup>2</sup>. Par cette convention, l'hôpital s'engageait à mettre l'équipe en place et à la gérer comme toute autre équipe de cet établissement (recrutement et gestion du personnel de

---

<sup>1</sup> Cette convention n'a jamais été signée, mais cela n'a été su des instances de l'Hôpital ainsi que de l'EMPP elle-même qu'en 2007, presque 10 ans après la création. Dans tous les rapports d'activité de cette EMPP figure, en première page, l'information selon laquelle « *une convention signée le 9 octobre 1998 par l'Hôpital et (l'institution sociale) définit les modalités de fonctionnement et les activités de (l'EMPP)* ». Comme je le montrerai plus loin dans ce chapitre, cela est un exemple du statut flou de l'inscription institutionnelle de l'EMPP, qui est à son tour un exemple du flou général qui caractérise cette équipe.

<sup>2</sup> Outre cette grande institution sociale, l'EMPP a d'autres structures sociales comme partenaires, mais cela reste marginal en terme de nombre de demandes d'intervention qu'elles adressent à l'EMPP et en termes de nombre de prises en charge communes. Ainsi, je désigne en majuscule l'Institution Sociale Partenaire qui est à l'origine de la création de l'EMPP et en minuscule toutes les autres.

l'équipe, formation continue, attribution d'un local avec les équipements et fournitures nécessaires – ordinateurs, téléphones, fax, imprimante...) ; et le deuxième contractant, mettait à disposition un téléphone portable pour chaque membre de l'EMPP et un véhicule. Les lieux d'intervention, rue et structures de l'Institution Sociale Partenaire, sont donc historiquement déterminés, en rapport avec ce partenaire social fondateur et la mobilité favorisée par le matériel qu'il fournit : il s'agissait d'« aller vers » le public, là où il se trouve, plutôt que de l'attendre dans un bureau et donc d'intervenir dans tout l'espace public de Paris (fondamentalement les rues, mais aussi les parcs et jardins, les squares, les berges, etc.) et dans les centres d'hébergement de l'Institution Sociale Partenaire<sup>1</sup>.

Lors de sa création, l'équipe était composée d'un médecin responsable<sup>2</sup>, une chargée de mission, deux infirmiers et une secrétaire. Un des infirmiers intervenait dans la journée et l'autre de nuit. La présence d'un membre de l'EMPP de jour et de nuit permettait d'être en contact avec toutes les équipes de l'Institution Sociale Partenaire, mais elle répondait aussi à l'idée d'ubiquité, chère au médecin responsable de l'EMPP<sup>3</sup> : être partout tout le temps. Ceci instaurait un système de référence : chaque structure devait se référer prioritairement à l'un des infirmiers de l'EMPP pour tout problème relatif à la psychiatrie : celles fonctionnant plutôt dans la nuit, comme les Equipes Sociales de Rue<sup>4</sup> et le centre d'hébergement d'urgence, se référaient à l'infirmier de nuit ; les autres (LHSS<sup>5</sup> et Equipe Sociale de Rue de jour), à l'infirmier de jour.

L'activité des infirmiers dans les rues se développait, au début, à bord du véhicule des Equipes Sociales de Rue, ce qui n'était pas pratique : pendant que l'équipe sociale menait un entretien, l'infirmier psy attendait et vice-versa. En plus, les Equipes Sociales de Rue interviennent chacune sur un territoire bien précis (par exemple, sur 3 arrondissements), alors que l'EMPP doit intervenir sur l'ensemble du territoire parisien. Au bout de quelques mois, l'attribution de trois chauffeurs (« emplois-jeunes ») à l'EMPP a permis aux infirmiers d'être plus mobiles et de ne pas dépendre des Equipes Sociales de Rue pour les tournées. A cette

---

<sup>1</sup> Pour une réflexion autour de l'essor de la notion de partenariat, dans le domaine de la lutte contre les exclusions, voir J. Damon (2007).

<sup>2</sup> Le médecin responsable de l'EMPP était aussi le président de l'Institution Sociale Partenaire.

<sup>3</sup> Rapports d'activité de l'EMPP

<sup>4</sup> Plusieurs institutions réalisent du travail de rue, mais je désigne en majuscule les Equipes Sociales de Rue de l'Institution Sociale Partenaire. Ces équipes tournent dans les rues de Paris d'environ 21h à 5h, 7 jours/7 et sont composées d'un chauffeur, d'un travailleur social et d'un infirmier. A propos du travail de ces équipes, voir S. Rullac (2003) et D. Cefai et E. Gardella (à paraître).

<sup>5</sup> LHSS : Lits Halte Soins Santé. Pour tous les sigles, voir annexe 1.

époque, le travail des intervenants devait se construire lui-même en l'absence de modèle à suivre. Il s'agissait alors de comprendre ce qu'il y avait à faire, comment intervenir dans le contexte de rue, comme l'explique l'un des premiers infirmiers de l'EMPP :

*« Ce n'est pas la même démarche qu'on avait à l'origine, là on est spécifiquement équipe mobile de psychiatrie, alors qu'au début, il fallait se chercher, il fallait trouver ses marques, il fallait inventer. Il fallait tout inventer. Effectivement, si on fait le bilan, on a juste adapté ce qu'on savait faire, mais faire un entretien dans un bureau quand le patient est accompagné et amené pour l'admission à l'hôpital, ce n'est pas la même chose que d'aller vers une personne sur un coin de trottoir et de faire un entretien, il a fallu apprendre tout ça... »*

Il fallait donc créer le travail auprès des usagers, mais aussi auprès des partenaires. Ainsi, parallèlement à cette activité sur le terrain, l'EMPP a rencontré les différents directeurs d'hôpitaux psychiatriques parisiens, les équipes des CMP<sup>1</sup> et d'autres structures sociales pour parler de l'équipe, de ses objectifs, se faire connaître, créer un réseau.

Le travail dans la rue a entraîné, d'une certaine façon, une augmentation du travail dans les centres d'hébergement, autant auprès des usagers que des équipes. Car souvent, la première étape de la prise en charge des personnes rencontrées dans la rue était de les orienter et les accompagner de la rue à un centre d'hébergement afin de faciliter un éventuel accompagnement vers les soins psychiatriques. Il fallait donc préparer les équipes des centres d'hébergement avant l'arrivée des personnes et puis être régulièrement présent, pendant le séjour, par exemple pour continuer le travail commencé, et ainsi éviter des sorties prématurées et préparer l'orientation à la sortie. Plus l'EMPP accompagnait des personnes de la rue vers les centres, plus la charge de travail et le temps de présence dans ces centres étaient importants ; et moins il restait du temps pour le travail de rue, malgré le renfort de l'EMPP avec un psychiatre à temps plein, un autre psychiatre à mi-temps, une assistante sociale, une psychologue. A ce travail dans les centres, auprès des personnes rencontrées par l'EMPP dans la rue, s'ajoutaient ainsi les évaluations et les suivis des personnes hébergées dans ces centres

---

<sup>1</sup> CMP : Centre Médico-Psychologique.

et inconnues de l'EMPP. En 2003, l'infirmier de nuit a diminué la fréquence des tournées dans la nuit et était donc plus disponible pour le travail en journée.

Au fil du temps, l'EMPP s'est étoffée et renouvelée : arrivée d'un psychiatre à 0,3 temps plein (3 demi-journées par semaine) ; arrivée d'un psychiatre à temps plein en septembre 1999 ; arrivée d'une assistante sociale d'abord à mi-temps (mai 1999) puis à temps plein (juin 2000) puis son départ à la retraite en décembre 2004, étant remplacée immédiatement ; arrivée d'une troisième infirmière (novembre 2001), son départ en 2003 et son remplacement seulement en novembre 2005 ; fin d'attribution des 3 emplois jeunes (2003) ; arrivée d'une psychologue d'abord à mi-temps (mars 2003), puis à temps plein (janvier 2005) et son départ en mai 2007 sans remplacement ; l'infirmier qui intervenait de jour est parti en juillet 2005 et a été remplacé immédiatement. Ainsi, au début de cette enquête, en 2004, l'équipe était composée de 9 personnes : 6 soignants (en équivalent temps plein : 2,3 médecins, 2 infirmiers, 0,5 psychologue), 1 assistante sociale, 1 secrétaire et 1 chargée de mission. A la fin de l'enquête, en 2007, l'équipe était composée de 8 personnes : 1 médecin (0,6 ETP), 3 infirmiers, 1 assistante sociale, 1 AMP<sup>1</sup>, 1 secrétaire et 1 chargée de mission.

Tableau 6 : L'évolution du personnel de l'EMPP (en équivalent temps plein - ETP)<sup>2</sup> :

	Médecins	Infirmiers	Psychologue	AS	Chauffeurs	AMP	Administ.	Total
1998	1	2	0	0	3	0	2	8,0
2000	2,3	2	0	1	3	0	2	6,8
2002	2,3	3	0	1	2	0	2	10,3
2004	2,6	2	0,5	1	0	0	2	8,1
2006	2,6	3	1	1	0	1	2	10,6
2007	0,6	3	0	1	0	1	2	7,6

<sup>1</sup> AMP : Aide Médico-Psychologique (voir note dans le glossaire en annexe).

<sup>2</sup> Ces chiffres correspondent aux personnels en poste. Je ne considère donc pas les postes vacants.

Les différents membres de l'EMPP ont des parcours professionnels assez différents<sup>1</sup>. Un seul membre de cette EMPP, un des infirmiers (Raul, 44 ans), a intégré l'équipe à sa création et en faisait partie à la fin de mon enquête ; il avait la double formation d'Infirmier Diplômé d'Etat et d'Infirmier de Secteur Psychiatrique, et avait travaillé auparavant dans différents services d'un hôpital général (gastrologie, neurologie, cardiologie), puis en psychiatrie (dans des structures d'hospitalisation à temps plein) et en IFSI<sup>2</sup>, en tant que formateur. Il avait quinze ans d'expérience professionnelle lorsqu'il a intégré cette équipe. L'autre infirmier qui a participé à la création de l'équipe (Julien, 43 ans), et qui est parti en 2005, était Infirmier de Secteur Psychiatrique et avait suivi une formation d'assistant social, qu'il n'a pas conclue, plusieurs années auparavant. Autant dire qu'il avait une double formation, psychiatrique et sociale. Le fait que son mémoire de fin d'études portait sur la prostitution en témoigne. Il avait une grande expérience en psychiatrie, surtout dans les structures de prise en charge à temps partiel et ambulatoire. L'infirmière qui l'a remplacé (Lisa, 34 ans) était également Infirmière de Secteur Psychiatrique et avait toujours travaillé dans ce même établissement, dans un même secteur et fondamentalement dans une structure d'hospitalisation à temps plein, et ce pendant dix ans. L'autre infirmière (Melissa, 34 ans) était Infirmière Diplômée d'Etat depuis une dizaine d'années et avait une expérience très diversifiée, comme par exemple en pédopsychiatrie, dans les Equipes Sociales de Rue, en médecine général, en Institut Médico-Pédagogique, en psychiatrie adulte. La première assistante sociale de cette EMPP (Joëlle, 59 ans) a intégré l'équipe à la fin de sa carrière, c'est-à-dire cinq ans avant sa retraite et avait une longue expérience en psychiatrie. L'assistante sociale qui l'a remplacée (Laurence, 26 ans) était nouvelle diplômée et a été repérée, pour le recrutement, par son mémoire de fin d'études, qui portait sur la prise en charge des personnes sans-domicile. La psychologue (Coralie, 30 ans) était également dans son premier emploi à l'EMPP, mais elle avait fait des stages dans des institutions qui s'occupaient des personnes vivant dans les circuits de rue, notamment dans cette EMPP. Le psychiatre (Guy, 42 ans) avait fait son internat dans deux pays différents, interrompu par son service militaire effectué en Asie, puis il avait travaillé quelques années en tant que psychiatre, en prison et dans un service d'hospitalisation à temps plein non sectorisé. Par ailleurs, il a fait des études en troisième cycle d'Anthropologie et de Philosophie. L'AMP (Arthur, 41 ans), quant à lui, avait travaillé pendant vingt ans dans des structures du type Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) auprès de personnes peu ou pas

---

<sup>1</sup> Je ne cite que ceux qui apparaissent dans cette thèse, dans les observations et dans les entretiens.

<sup>2</sup> IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

autonomes. Ces différents professionnels sont partis et/ou arrivés successivement dans l'équipe (sauf Raul) pendant l'enquête.

Ces changements dans la composition de l'équipe sont tout à la fois facteurs de perturbations et sans conséquences déroutantes pour chacun des professionnels. Ils sont perturbateurs car il faut du temps au nouvel agent pour être opérationnel : du temps pour s'adapter à cette activité aussi peu codifiée et du temps pour créer des liens avec les usagers et avec les partenaires. Mais en même temps, ces changements ne perturbent pas le travail des autres membres de l'équipe, du fait d'une tendance à l'exclusivité, dans le travail des intervenants de l'EMPP et dans celui des partenaires. C'est-à-dire que même si cela n'est pas une volonté affirmée, dans la pratique, chaque membre de l'EMPP fonctionne de manière très autonome, voire indépendante, par rapport aux autres et ce sur trois plans :

- a) exclusivité du lieu d'intervention : chaque membre de l'EMPP intervient exclusivement dans son centre d'hébergement de référence, sans possibilité de remplacement pendant les vacances ou d'interchangeabilité. Pour la rue, chacun intervient dans son domaine : qui de jour, qui de nuit, qui dans le bois de Vincennes (en journée) ;
- b) exclusivité du binôme : tous les intervenants de l'EMPP ne travaillent pas avec tous leurs collègues, mais quasi exclusivement avec un des collègues ;
- c) exclusivité d'élaboration pratique : les intervenants élaborent leur pratique et les prises en charge seuls ou avec leur binôme, avec peu ou pas d'échange avec les autres collègues de l'EMPP, notamment en ce qui concerne les prises de décision.

Par exemple, en 2004, l'assistante sociale travaillait uniquement avec l'infirmier de jour, et était très peu en contact avec les autres membres de l'EMPP. Rarement la psychologue lui demandait d'intervenir ou de la conseiller et l'autre infirmier ne lui demandait jamais d'intervenir auprès des personnes qu'il prenait en charge. Et si l'un des deux était en congé, l'infirmier ou l'assistante sociale, le travail de rue de jour n'avait pas lieu : pour tourner dans la rue, il faut au moins deux personnes<sup>1</sup> et ils ne sollicitaient que très rarement d'autres collègues pour remplacer celui qui était en congé, alors que cela était tout à fait possible du

---

<sup>1</sup> Il s'agit ici d'une pratique générale pour le travail de rue, qu'on retrouve par exemple dans la pratique des équipes de prévention spécialisée et aussi dans d'autres pays.

point de vue des emplois de temps. Donc le départ de cette assistante sociale a eu un effet sur le travail de l'infirmier qui était en binôme avec elle et sur les centres où elle intervenait, mais pas du tout sur le travail des autres membres de l'EMPP.

Cette tendance à l'exclusivité est présente dans le fonctionnement de l'ensemble de l'EMPP de manière plus ou moins forte, selon l'intervenant et selon la situation. Elle était plus accentuée au début des observations et pouvait s'atténuer par périodes. C'est-à-dire que, malgré cette tendance générale, certains membres de l'équipe essayaient de travailler avec tous leurs collègues. Ils essayaient d'impliquer l'ensemble de l'équipe dans les prises en charge, ne fût-ce que dans les grandes lignes de leurs projets d'intervention : ils parlaient aux collègues, dans le quotidien et surtout lors des réunions d'équipe, des personnes qu'ils rencontraient pour les tenir au courant, pour que les décisions soient prises en équipe et non pas par l'intervenant référent uniquement. Enfin, ils pensaient que tous doivent pouvoir intervenir dans tous les centres, en fonction des besoins, notamment en l'absence des collègues ; que l'idée de référence par rapport aux usagers et aux centres d'hébergement ne peut pas devenir une exclusivité. Mais c'était la tendance à l'exclusivité qui l'emportait<sup>1</sup>.

La tendance à l'exclusivité est également observée du côté des partenaires : il est très rare qu'ils adressent une demande d'intervention à un autre membre de l'EMPP que le référent psy du centre. Les partenaires disent souvent qu'ils demandent l'intervention à quelqu'un qu'ils connaissent et qu'il est difficile d'adresser une demande d'intervention à une personne qu'ils ne connaissent pas. Rares sont les équipes partenaires qui adressent des demandes d'intervention (« signalements ») au secrétariat, ce qui permettrait de mobiliser d'autres membres de l'EMPP, si nécessaire<sup>2</sup>. Cette tendance à l'exclusivité chez les partenaires a résisté à toute tentative de l'EMPP de centraliser au secrétariat les demandes d'intervention. C'est ce qui ressort de cet extrait d'entretien avec un médecin généraliste, 68 ans, qui travaille depuis 1998 dans l'Institution Sociale Partenaire :

---

<sup>1</sup> Il serait nécessaire approfondir l'enquête pour mieux comprendre les raisons de cette tendance à l'exclusivité. Il est néanmoins possible d'avancer un élément de compréhension lié à l'historique de l'EMPP dans le sens où, lorsqu'il n'y avait que deux infirmiers sur le terrain, un de jour, l'autre de nuit, ils ont dû se débrouiller en solo et non pas en binôme. Toutefois, cet élément ne suffit pas à la compréhension de la question.

<sup>2</sup> Cet aspect sera développé dans le chapitre 5.



*« Je pense qu'on devrait téléphoner à un numéro unique EMPP, qui devrait se charger systématiquement de répercuter sur la personne (de l'EMPP) en poste le jour même.*

*AM - C'est une des choses qui a été dite et transmise par écrit aux équipes (de l'Institution Sociale Partenaire) : il faut téléphoner au secrétariat de l'EMPP et le secrétariat va répercuter sur la personne indiquée.*

*Alors je le fais pas. Je reconnais que c'est peut-être moi qui ne fais pas les choses comme il faut, mais on a pris l'habitude, tous, de ne pas faire ça et d'appeler les gens qu'on connaissait. Peut-être que la sauvegarde du système vient du fait qu'on doit appeler sur le même... C'est peut-être nous qui sommes responsables, possible. (...) Quant à l'EMPP, c'est vrai, je reconnais, je n'appelle directement (le secrétariat) que quand je n'arrive pas à obtenir mon interlocuteur habituel. (...) Moi je crois qu'on devrait systématiquement, effectivement – moi je reconnais, je ne le fais pas, peut-être que les autres font – téléphoner systématiquement (au secrétariat de) l'EMPP, voire envoyer un fax. »*

Cet extrait montre comment la proposition faite à plusieurs reprises, par écrit et verbalement, aux différents partenaires, de la direction aux agents de terrain, est ignorée. Cette proposition, qu'ils jugent eux-mêmes tout à fait pertinente et souhaitable, n'arrive pas à être mise en place du fait de cette tendance à l'exclusivité, présente aussi chez les partenaires : *« appeler les gens qu'on connaît »*. Ceci est important pour comprendre l'efficacité des interventions du type permanence ou au contraire, réponse à la demande. C'est-à-dire qu'apparemment, dans le terrain étudié, il serait inutile pour l'EMPP d'attendre que les équipes partenaires demandent une intervention si elle n'est pas régulièrement sur place, comme lors des permanences, qui sont des moments privilégiés pour tisser des relations avec les partenaires. L'EMPP a essayé à plusieurs reprises de diminuer le nombre de permanences et de se déplacer à la demande, mais cela n'a jamais porté de fruit.

Ayant exposé ces quelques éléments sur la création et l'évolution de cette EMPP, ainsi que leur impact, notamment sur la détermination des lieux d'intervention et sur certains aspects de son mode de fonctionnement, j'aborde à présent la description du travail quotidien de l'EMPP, tel qu'il se déroule dans la rue, dans les centres d'hébergement et ailleurs.

## **2. Le travail de l'EMPP au quotidien**

### **2.1. Le travail de rue**

Le travail de rue<sup>1</sup> est effectué, en journée et dans la nuit, par deux ou trois intervenants de l'EMPP (au moins un infirmier et, pour la nuit, au moins un homme) à bord d'un véhicule de l'Institution Sociale Partenaire. Ils vont à la rencontre de personnes qui leur ont été signalées et de personnes déjà connues de l'équipe. Les tournées se déroulent de manière différente de jour et de nuit en ce qui concerne la durée, le nombre de sites visités, le contact avec les Equipes Sociales de Rue et, d'une certaine manière, la nature du travail effectué. Suivons les intervenants, du départ au retour de cette activité, en journée et dans la nuit, et ensuite je préciserai quelques éléments communs aux deux contextes.

De jour, les intervenants partent au matin du siège de l'Institution Sociale Partenaire, où se trouve le véhicule. La détermination des personnes à visiter se fait de manière très variable : parfois la liste des personnes à rencontrer est déjà définie depuis la réunion d'équipe précédente ; parfois l'EMPP sort uniquement pour rencontrer une personne ; parfois, en cours de route, ils se disent qu'ils ne sont pas loin d'untel, qui n'était pas prévu au départ, et vont le voir ; parfois ils sortent en se disant qu'ils vont rencontrer quatre personnes et n'ont l'occasion de n'en voir que deux, car les trajets ou les entretiens ont pris plus de temps que prévu ; ou au contraire, une ou plusieurs des personnes à rencontrer ne sont pas sur leur site habituel, ce qui diminue la durée de la tournée. Les tournées en journée durent entre trois et quatre heures environ et l'EMPP visite trois sites en moyenne (entre un et huit sites). Au retour, certains intervenants ont l'habitude de faire des transmissions aux partenaires sociaux sur la conduite à tenir avec telle personne (aller la voir plus souvent ou moins souvent ou pas du tout, par exemple) ou simplement pour qu'ils soient au courant de ce qui se passe pour les personnes suivies par l'EMPP, dans l'idée d'effectuer un travail en réseau. D'autres intervenants n'informent personne, parfois même pas leurs collègues, de ce qui s'est passé, et

---

<sup>1</sup> Le terme « rue » est le terme général que j'utilise pour désigner une diversité de lieux de statuts très différents tels que les espaces verts, les bois, les tunnels, le métro, les bretelles d'accès au périphérique, les trottoirs, les quais, les cabines téléphoniques, les porches, les halls d'entrée d'immeubles ou de commerce, les gares, etc. Plus loin dans ce chapitre, j'analyserai ces lieux comme des lieux intersticiels, à partir du travail de A. Lovell (1996a)

de ce fait, la dimension équipe et réseau du travail est moins présente. D'autres encore privilégient les échanges avec les collègues ou bien avec les partenaires.

Le travail de rue de nuit commence à 20h par la réunion de briefing des Equipes Sociales de Rue<sup>1</sup>. Dans cette réunion, qui dure environ 30 minutes, un coordinateur désigne les intervenants qui composent chaque équipe sociale pour la nuit, en leur attribuant un véhicule et un territoire à couvrir (en termes d'arrondissements). La présence de l'EMPP est annoncée, donc les partenaires savent qu'ils peuvent la solliciter pour un conseil ou une intervention directe la nuit même. Dans le cas contraire, les demandes d'intervention à l'EMPP doivent être notées par les Equipes Sociales de Rue dans un cahier spécialement prévu à cet effet, où l'EMPP note en retour ce qui a été fait pour chaque personne signalée de manière succincte, par exemple : « non trouvé », « vu », « orienté vers tel centre d'hébergement ». Par périodes, les Equipes Sociales de Rue ont transmis des signalements par email. Cependant, il arrive souvent que, à la fin du briefing, les membres des Equipes Sociales de Rue fassent des signalements directement auprès des intervenants de l'EMPP. La liste des sites à visiter dans la nuit est donc composée des signalements notés dans le cahier, des signalements transmis personnellement à l'EMPP avant le début de la tournée, des sollicitations éventuelles pendant la tournée, des personnes connues de l'EMPP qui sont habituellement rencontrées de nuit ou qui ne sont plus retrouvées en journée, de personnes signalées les jours précédents. Les équipes commencent la tournée vers 21h, après avoir chargé les véhicules du matériel susceptible d'être distribué aux personnes à la rue : des duvets, des couvertures de survie, des boissons chaudes, des repas, des biscuits, de l'eau, des chaussettes, etc. Les personnes sont recherchées selon un ordre de priorité qui peut varier énormément : parfois c'est selon le trajet, des plus éloignées aux plus proches, ou vice-versa. Parfois c'est selon « l'urgence » à rencontrer telle ou telle personne. En général, sont visités entre sept et dix sites par nuit. Il arrive qu'une personne aborde le véhicule en demandant à être conduite à un centre d'hébergement ou à manger, à boire ou encore un duvet, ce qui est le type de demande adressée aux équipes sociales. L'EMPP répond ou non à ces demandes au cas par cas, même si ce n'est pas une personne qui devait être rencontrée par une équipe psychiatrique. La nuit se termine le plus souvent entre 2h et 3h, selon la fatigue des intervenants, les personnes à rencontrer et l'ambiance entre autres critères implicites. Il arrive que la tournée s'arrête à 2h alors qu'il y avait encore deux personnes à voir, mais, comme le disent les membres de

---

<sup>1</sup> Pour une description d'une nuit de travail de rue de l'EMPP, voir aussi R. Raboin (2008).

l'équipe, « on n'en peut plus ». Il arrive aussi qu'elle ne s'achève qu'à 4h, parce qu'un entretien ou un accompagnement a duré plus longtemps que prévu, mais cela reste exceptionnel. Au retour, les intervenants doivent remplir une fiche dite « rapport de nuit » à l'intention de l'Institution Sociale Partenaire.

Le déroulement des rencontres avec les personnes à la rue est très variable. Lors des premières rencontres, le but est d'établir un contact, de faire une évaluation. Pour ce faire, les intervenants (certains plus que d'autres) observent la personne et son site, avant même de l'aborder, ce qui leur fournit déjà plusieurs éléments d'évaluation<sup>1</sup> : l'état général de la personne, sur le plan de la santé et de l'hygiène ; si la personne est ou pas à l'abri de la pluie et du vent, si elle est à proximité d'une bouche de chaleur, si elle est habillée en accord avec la saison ; si elle a ou pas des affaires autour d'elle, quoi et combien ; s'il y a des traces de nourriture ou d'alcool ; s'il y a des signes indiquant que la personne fait la manche et, le cas échéant, si le produit de celle-ci est bien rangé ou complètement éparpillé. Cette première étape de l'évaluation, visuelle, est fondamentale, d'autant plus que parfois les intervenants n'obtiendront pas d'autres éléments par le discours de la personne elle-même.

Pour aborder les personnes inconnues ou peu connues, les intervenants s'approchent et chaque intervenant engage la conversation d'une manière différente. Ils disent bonjour et se présentent par leur prénom, nom et /ou métier. Certains se présentent par leur prénom plus souvent que les autres. Le psychiatre, par exemple, se présente par son nom, en disant qu'il est médecin, sans forcément préciser d'emblée qu'il est psychiatre. Ils précisent leur métier quasi systématiquement, pas toujours d'emblée mais assez facilement ; en revanche, ils ne précisent pas toujours qu'ils font partie d'une équipe psychiatrique. Il leur arrive de dire qu'ils viennent de la part d'un autre intervenant, qui est plus régulièrement en contact avec cette personne. Les personnes rencontrées sont vouvoyées, et ce même après des années de suivi. Ils demandent le nom de la personne et la nomment selon la façon dont elle se présente, par son nom, son prénom ou son surnom. La technique de base (X. Emmanuelli, 2003) préconise que l'intervenant doit s'accroupir proche de la personne, si elle est assise ou allongée, à une distance pas trop envahissante mais assez proche pour l'inviter à l'établissement d'un lien. Ensuite, les intervenants essaient de faire parler les personnes rencontrées, en ayant le soin de

---

<sup>1</sup> Ces éléments d'évaluation sont observés lors des premières rencontres, mais peuvent aussi indiquer des évolutions de l'état de la personne lors de rencontres ultérieures.

ne pas être perçus comme envahissants. « Comment allez-vous ? Avez-vous besoin de quelque chose ? N'avez-vous pas trop froid ? Avez-vous mal quelque part ? Vous êtes bien à l'abri ici. C'est sympa comme quartier. C'est calme comme endroit par ici. Les voisins ne vous embêtent pas trop ? Ça fait longtemps que vous êtes installé ici ? Vous mangez bien ? ». Les réponses sont analysées, comme dans un entretien psychiatrique, en fonction du contenu et de la forme. C'est-à-dire que ces échanges permettent non seulement d'apprendre des informations objectives sur la personne – son identité, son état de santé, ses ressources, ses éventuels liens avec la famille ou les riverains - , mais on peut également évaluer, dans son discours, des éléments pouvant indiquer un trouble psychiatrique tels que l'incohérence, la présence d'un délire ou d'hallucinations, la désorientation spatio-temporelle, la présence de néologismes, entre autres.

Il arrive que les intervenants proposent à la personne un café, des biscuits ou encore un repas. Cela se fait plus pendant la nuit qu'en journée, et brouille encore plus la différence entre l'EMPP et les Equipes Sociales de Rue, qui proposent ce même type de prestation. L'idée de proposer ces prestations est de faciliter le contact, ainsi que de réchauffer ou d'alimenter la personne, mais certains estiment que cela fausse l'objectif de la rencontre<sup>1</sup>.

Les premières rencontres durent souvent à peine deux ou trois minutes, le temps d'amorcer le contact, de se présenter, de tenter de déterminer s'il y a lieu ou pas pour l'EMPP de re-intervenir et, le cas échéant, de préparer la prochaine visite : « Cela vous dérangerait si on vient vous voir un autre jour ? ». Il se peut en revanche que des rencontres initiales durent bien plus longtemps. Il est rare que les personnes acceptent dès les premières rencontres une orientation en centre d'hébergement ou vers des lieux de soins psychiatriques. Parfois, l'EMPP se confronte à un refus de contact, la personne ne répond pas ou dit ne pas avoir envie de parler, ne découvre même pas sa tête ou ne sorte pas de ses cartons : la réponse au « bonsoir » sympathique des intervenants peut être un « je n'ai besoin de rien, merci, au revoir », tout aussi sympathique, mais qui marque la fin de l'entretien de manière ferme et définitive. Le refus peut être encore plus fort, la personne renvoyant les intervenants, éventuellement en les menaçant avec une bouteille ou un parapluie.

---

<sup>1</sup> Voir à ce propos A. Lovell (1996a).

D'après les intervenants de l'EMPP, le fait de passer plusieurs fois voir une personne et d'assurer cette présence régulière créerait un certain lien, qu'ils qualifient de lien de confiance, et qui permettrait à la personne de parler plus d'elle<sup>1</sup>. Au fil de ces rencontres répétées, et même face à des refus de contact de la part de la personne à la rue, les intervenants peuvent avoir plus d'éléments sur lesquels baser une conversation, plus d'éléments d'évaluation, plus de possibilité d'intervention. Après quelques rencontres, si l'EMPP estime devoir continuer à la rencontrer, la personne est dite « rentrée dans la file active », une personne « suivie » par l'équipe, un « habitué ». Mais parfois, il n'y aura pas de deuxième rencontre, soit parce que la personne n'a plus été recherchée par l'EMPP, soit parce qu'elle n'a plus été trouvée sur son site ni sur aucun autre ou encore parce que l'EMPP estime que la personne ne relève pas d'une intervention spécialisée. Il arrive également, qu'au bout de plusieurs rencontres, rien n'avance : leur durée reste courte, les éléments d'évaluation insuffisants, la relation limitée à un « bonjour » avec café, voire à un « dégage ! » ; ou l'orientation vers les soins reste improbable, même lorsqu'un trouble psychiatrique a été identifié et que la conversation est animée.

En revanche, pour les « habitués », les rencontres ressemblent à des « visites de courtoisie », selon l'expression de quelques membres de l'EMPP : la personne reconnaît l'intervenant ou l'EMPP, demande éventuellement des nouvelles d'un intervenant qui n'est pas présent, reprend des sujets de conversation habituels, par exemple elle peut parler des riverains ou de son délire ou encore des démarches en cours. L'objectif final de l'EMPP étant l'évaluation et l'accès aux soins psychiatriques si besoin, au fur et à mesure que la relation s'établit, certains sujets peuvent être abordés lors d'entretiens qualifiés par l'EMPP d'« entretiens de suivi/soutien » : les intervenants psy se permettent de proposer avec un peu plus d'insistance que la personne vienne vers les institutions : prendre une douche en accueil de jour ou aller dans un centre d'hébergement ou encore dans un lieu de soin somatique ou psychiatrique. Ceci demande une attention toute spéciale car si la personne se sent envahie par ces questions ou propositions, elle peut se mettre à éviter l'EMPP ou même « disparaître », c'est-à-dire changer de site et ne plus être vue ni par l'EMPP, ni par d'autres équipes partenaires. Quand une personne suivie n'est plus sur son site habituel, l'EMPP peut essayer de la retrouver en faisant des recherches : dans un premier temps en faisant le tour de tous les sites où elle a déjà

---

<sup>1</sup> Ceci sera développé dans le chapitre 6.

été vue et des quartiers où elle circule d'habitude. Les situations des personnes perdues de vue seront analysées dans le chapitre 9.

Ainsi, outre les entretiens d'évaluation et de suivi/soutien, l'EMPP effectue ce qu'elle appelle des orientations, c'est-à-dire qu'elle propose à la personne de s'adresser à tel ou tel service. Cette orientation peut être communiquée aux équipes sociales qui participent à la prise en charge, pour qu'elles aident à la réalisation de l'orientation. Nous avons vu, dans le chapitre précédent, qu'il est plus difficile pour les personnes installées durablement dans la rue d'aller d'elles-mêmes vers les institutions, qu'il faut parfois les aider à se repérer dans le temps, dans l'espace et souvent faire un long travail de motivation, de mobilisation des personnes pour qu'elles souhaitent s'adresser aux structures et pour qu'elles y aillent. Ainsi, il arrive également que l'EMPP effectue elle-même des accompagnements des usagers, à partir de la rue vers des structures diverses, telles que les hôpitaux généraux (urgences ou consultations), les CMP, le CPOA, les centres d'hébergement (pour y dormir ou juste pour un repas, une douche, un soin...), les accueils de jour (pour un vestiaire ou une activité), les banques (pour ouvrir un compte ou retirer de l'argent), la préfecture (pour une carte d'identité, pour un titre de séjour) et autres. Nous allons voir, dans les chapitres suivants, l'implication de ce type d'intervention, les accompagnements, dans la place occupée par l'EMPP dans les prises en charge et dans les rapports aux partenaires.

Concernant la fréquence des tournées dans la rue, on constate une augmentation entre 2004 et 2007. En janvier 2004, les tournées en journée étaient réalisées une à deux fois par semaine, maximum cinq à six fois par mois ; en prenant en compte les congés, cela pouvait passer à deux ou trois fois dans le mois seulement. Pour la nuit, une à deux fois par mois, mais pendant les congés d'été, il y a eu deux mois sans tournée de nuit. Le tableau ci-dessus permet de visualiser cette évolution :

Tableau 7 : La fréquence du travail de rue (moyenne par mois)

	<b>jour</b>	<b>nuît</b>	<b>total</b>
<b>2004</b>	4,0	1,5	5,5
<b>2007</b>	7,6	4,0	11,6

Cette évolution peut être attribuée à un choix de l'EMPP d'intensifier cette activité et au renouvellement de l'équipe avec quelques personnes susceptibles d'intervenir de jour ou de nuit, donc avec une moindre tendance à l'exclusivité. Si en 2004, il y avait seulement deux intervenants en exclusivité pour la journée et deux pour la nuit, en 2007, quatre intervenants peuvent se relayer pour participer aux tournées de rue en journée et cinq, pour la nuit. Cette nouvelle dynamique dans le travail d'équipe a entraîné un autre changement dans le fonctionnement de l'EMPP sur le plan des intervenants participant aux prises en charge. En effet, en 2004, les personnes vues dans la rue en journée étaient des personnes connues de l'EMPP, rencontrées pour un travail de suivi et qui quelques fois étaient aussi visitées de nuit. Par contre, la plupart des personnes rencontrées pendant la nuit étaient de nouveaux signalements et rarement l'EMPP de nuit demandait à celle de jour de passer voir ces personnes. Il y avait donc quelques patients partagés, mais la plupart étaient rencontrés en exclusivité soit de jour, soit de nuit. Ainsi, les personnes rencontrées de nuit ne voyaient jamais l'assistante sociale de l'EMPP et celles rencontrées de jour ne voyaient pas la psychologue. En 2007, si cette situation d'exclusivité dans la prise en charge est toujours présente, elle est néanmoins atténuée, du fait même de la présence de certains intervenants de jour et de nuit.

Cette exclusivité de prise en charge de jour ou de nuit peut s'expliquer par le fait que certaines personnes sont uniquement ou plus facilement accessibles pendant la journée (parce qu'elles ont un lieu protégé/caché pour dormir, par exemple) et d'autres le sont pendant la nuit (parce qu'elles font la manche ou se rendent dans des institutions pendant la journée, par exemple). Un autre argument qui justifie ce type d'exclusivité est la difficulté d'établir un lien de confiance avec les personnes, ce qui peut conduire à ce qu'un même intervenant aille rencontrer la personne, plutôt que de lui imposer à chaque fois un intervenant différent. Par



contre, varier l'intervenant peut être intéressant quand la personne n'accroche pas avec l'intervenant qui vient la voir régulièrement ; l'hypothèse est alors faite que cela peut mieux se passer avec un autre membre de l'EMPP. Cependant ces arguments sont avancés pour justifier une position ou une autre, sans que l'on puisse pour le moment comprendre les logiques qui les sous-tendent. Par exemple, un intervenant justifie le fait d'aller voir une personne dans la rue, alors qu'il ne l'a jamais rencontrée, par l'idée de diversifier les possibilités de liens, alors qu'une semaine auparavant et la semaine suivante il expliquera le fait de ne pas aller la voir en disant qu'il ne faut pas multiplier les intervenants autour de cette personne.

L'EMPP passe ainsi voir les personnes suivies une fois par semaine, une fois tous les quinze jours ou une fois par mois ou de manière irrégulière. Cette fréquence peut changer en fonction de l'évaluation des besoins des personnes et des possibilités des intervenants. Si la personne accepte la proposition d'aller en centre d'hébergement, l'EMPP l'y accompagne et continue à venir la voir régulièrement et à participer à sa prise en charge, avec les équipes du centre concerné. Cela est le cas également quand la personne suivie par l'EMPP accepte une proposition d'hébergement faite par une Equipe Sociale de Rue. Cependant, il arrive que l'EMPP ne sache pas que la personne est en centre d'hébergement et continue à la chercher sur son site habituel.

Il est important de préciser qu'aucun médicament n'est prescrit ou administré par l'EMPP aux personnes qui sont dans la rue. Je n'ai pas connaissance d'EMPP qui porte régulièrement des médicaments aux personnes, sur leur site dans la rue, de façon à garantir la prise correcte du traitement. A chaque fois qu'il en a été question, dans des réunions locales ou des colloques nationaux, toutes les EMPP présentes ont été d'accord sur ce point et ont exprimé leur refus à propos de cette pratique. Ce refus est habituellement justifié par les risques qu'encourent les personnes du fait d'avoir des psychotropes sur elles (vols et agressions) et des effets de la prise de ces médicaments (association à l'alcool ou autres drogues, effet sédatif incompatible avec les dangers potentiels de la vie à la rue, difficulté à évaluer les effets du traitement sur la personne pour éventuellement le corriger...). Cependant, il me semble que les raisons de ce refus de faire du portage de médicament se situent aussi ailleurs, comme si le fait d'apporter le traitement représentait le dépassement d'une limite. Cela s'entend par exemple dans cet extrait de l'entretien de Guy, le psychiatre de l'EMPP :

*« Il n'a jamais rien accepté (de se soigner en dehors de l'hôpital). A tel point qu'à un moment donné, l'année dernière on l'avait trouvé tellement bien avec un petit comprimé (qu'il avait pris pendant son séjour à l'hôpital), qu'on s'était posé la question de : est-ce que, oui ou non, on lui apporte son traitement à domicile, chez lui ? Parce qu'on fait pas du portage de médicaments. Jusqu'à maintenant on a dit non, pas de psychotropes, c'est trop dangereux. On peut pas évaluer l'impact de ce médicament, ça peut le mettre en danger. En fait, on s'est dit non, on garde le cap parce que sinon on est à la limite. Même pour lui, ce serait extraordinairement lourd.*

*AM : Pourquoi ?*

*Parce qu'il faudrait lui apporter quasiment tous les jours, dans un premier temps. Est-ce qu'il le prend, il le prend pas ? C'est extraordinairement aléatoire. Et puis il en voulait pas. Et ça, pour moi, j'ai clôturé le débat là-dessus, en disant : mais il en veut pas, quoi que tu dises, il en veut pas, on lui a même proposé d'aller au CMP. Je lui ai même dit : « je vous y amène ». Et lui n'en veut pas. Il dit : « à l'hôpital, je prends un traitement, c'est normal je suis à l'hôpital, je prends un traitement, on me le donne ». Même à l'hôpital, les traitements donnés, ils ne sont pas toujours pris. Bon, à l'hôpital, il prend son traitement. »*

Comme le dit le psychiatre, porter le traitement situerait l'équipe « à la limite », mais de quelle limite s'agit-il ? Il semblerait que le psychiatre n'est pas contre le fait que la personne prenne son traitement en étant à la rue, car il lui propose de l'accompagner en CMP pour prendre son traitement. Ainsi, les arguments contraires au portage de traitement qui tiennent aux risques de la possession et de la prise du traitement ne sont plus valables, ou sont moins présents, dès lors que c'est le CMP qui a prescrit le traitement et que c'est la pharmacie qui l'a délivré. Il semblerait que le problème se situe dans le fait que ce soit l'EMPP qui prescrive et/ou qui porte le traitement. Malheureusement, je n'ai pas suffisamment d'éléments pour aller plus loin dans cette question, qui serait probablement une piste intéressante pour mettre en évidence d'autres aspects de la construction de place de l'EMPP. Maintenant que nous avons une vision d'ensemble du travail de l'EMPP dans la rue, voyons comment cela se passe dans les centres d'hébergement d'urgence.

## 2.2. Le travail dans les centres d'hébergement d'urgence :

Le travail de l'EMPP dans les centres d'hébergement d'urgence<sup>1</sup> se structure principalement par des permanences, c'est-à-dire des temps de présence de deux à trois heures environ, à des jours fixes dans la semaine. Cependant, l'EMPP peut aussi fonctionner, dans les centres, par réponse à la demande, en complément des permanences ; c'est-à-dire que les équipes peuvent solliciter la présence des intervenants psy en dehors des permanences, mais cela reste ponctuel, comme je le montrerai ensuite. Des permanences, d'au moins une demi-journée par semaine, sont assurées par les membres de l'EMPP dans les centres d'hébergement de l'Institution Sociale Partenaire. Le nombre de centres a varié au long de la période de cette recherche - de quatre en 2004 à sept en 2007. Chaque centre d'hébergement, a un intervenant référent de l'EMPP, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 8 : La distribution des références des activités par intervenant de l'EMPP

	<b>Infirmier 1</b>	<b>Infirmier 2</b>	<b>Psychologue</b>	<b>Infirmier 3</b>
<b>2004</b>	CHU 1 (115 lits) RUE nuit	LHSS 1 (30 lits) LHSS 2 (80 lits) RUE jour	CHU 2 (108 lits)	Poste à pourvoir
<b>2007</b>	CHU 1 (115 lits) RUE nuit LHSS 4* (16 lits)	LHSS 1 (30 lits) LHSS 2 (60 lits) RUE nuit/bois	Poste à pourvoir	CHU 2 (108 lits) LHSS 3 (30 lits) LHSS 5*(45 lits) RUE jour

\* le LHSS 4 a été créé en 2005 et le LHSS 5, en 2006.

D'après l'EMPP, la notion de référence signifie qu'un intervenant est l'interlocuteur privilégié, mais non exclusif, de chaque centre. Ainsi, si une équipe sociale partenaire souhaite demander une intervention, elle le fera prioritairement au référent, ce qui lui évite de

---

<sup>1</sup> Il s'agit de CHU (Centre d'hébergement d'Urgence) et LHSS (Lits Halte Soins Santé) qui font partie du dispositif d'urgence sociale, au contraire des CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) qui, comme le nom l'indique, comportent une dimension de réinsertion et donc la durée de l'hébergement y est plus longue (6 mois renouvelables) et le suivi social plus présent. Les dispositifs du type Lits de Stabilisation, mis en place à partir de 2007, n'ont pas concerné cette EMPP sur la période de mon étude et donc ne seront pas traités ici.

téléphoner à chaque membre de l'équipe avant de trouver celui qui est disponible. Ceci évite aussi que plusieurs membres de l'EMPP interviennent sur la même situation, ce qui peut créer des confusions. Les deux psychiatres se partagent la référence médicale des LHSS, mais cette référence n'implique pas forcément une présence régulière, même si cela arrive, par périodes. Il faut préciser que le nombre de lits des centres d'hébergement varie d'une année à l'autre, mais aussi au cours de l'année, en fonction, par exemple, de travaux dans les locaux et des saisons – ouverture de lits supplémentaires en période de grand froid. Le nombre de lits inscrit dans le tableau est donc approximatif.

Les interventions de l'EMPP dans les centres d'hébergement diffèrent considérablement de ce qui se passe à la rue et varient d'un centre à l'autre, notamment selon qu'il s'agit d'un CHU ou d'un LHSS. Ces différences tiennent à plusieurs aspects, dont la possibilité d'identification mutuelle entre les usagers, les équipes sociales et les membres de l'EMPP ; l'état physique et psychique de l'utilisateur au moment de la rencontre avec l'EMPP ; et les informations dont dispose l'EMPP pour intervenir, en amont et en aval. C'est-à-dire que, d'une part, les permanences des intervenants à des moments fixes permettent une meilleure connaissance et reconnaissance mutuelle entre les usagers et les intervenants psy, puis entre ceux-ci et l'équipe du centre. Ainsi les intervenants de l'EMPP identifient plus facilement les usagers qu'ils doivent rencontrer et les usagers identifient plus facilement qui sont ces intervenants, dans le sens où l'appartenance de l'EMPP à un dispositif psychiatrique est beaucoup plus clairement identifiée, dans les centres que dans la rue. Aussi, les usagers des centres d'hébergement – les hébergés, comme ils sont appelés dans ces structures - sont informés qu'ils peuvent rencontrer un psy s'ils le souhaitent et ils savent quand il sera présent. Je vais revenir plus loin dans ce chapitre sur ces problèmes d'identification des acteurs. D'autre part, l'EMPP dispose de plus d'informations sur les usagers pour intervenir, étant donné que les contacts entre les partenaires et les usagers sont souvent plus soutenus dans les centres que dans la rue, et plus dans les LHSS que dans le CHU. En effet, dans les CHU, les personnes peuvent arriver à partir d'environ 19h et peuvent y rester jusqu'à la fin de la matinée du lendemain. Aussi, même si les places sont attribuées pour une nuit ou une semaine, une bonne partie des usagers revient régulièrement ou est considérée comme des « habitués ». C'est ce qui dit Chloé, 29 ans, animatrice dans un CHU:

*« Des nouveaux, il y en a peu, quand même. Si tu regardes depuis le début, je ne veux pas dire que je connais tout le monde, mais des nouveaux y en a très peu. Beaucoup, je les connais depuis 3, 4, 5 ans. On se connaît bien au bout d'un moment et s'ils vont pas bien, je leur dis : va voir le toubib, je te prends ta place demain. Sinon, pour ceux que je ne connais pas, je leur explique vraiment tout, pour le conseiller juridique... il y a une feuille de bienvenue où y a marqué tous les services qu'on propose. Sinon, si c'est quelqu'un que je connais et que je vois qu'il va pas bien... Dans ces cas-là, comme Mohamed qui va pas bien en ce moment... Mohamed, ça fait 5 ans, il est arrivé le jour de l'ouverture. Je vois bien, il va pas bien, il est tout déprimé alors que d'habitude, il rigole tout le temps. Là, je lui ai proposé, je lui ai dit : y a Corine, la psy... Bon, il a refusé parce qu'il veut pas avoir affaire avec les psys, mais il sait qu'elle est là. »*

Ainsi, dans les centres, les partenaires peuvent repérer les besoins des usagers, les orienter ou échanger avec les intervenants psy au sujet des personnes prises en charge ou à prendre en charge. Ceci est encore plus accentué dans les LHSS<sup>1</sup>. Dans la mesure où il s'agit de lieux de soins ouverts 24h/24, les personnes y sont toute la journée et pour une période plus longue (d'une semaine à un mois environ) : la présence de personnel médical et social, d'un dossier médical et social, d'une surveillance médicale continue peut faciliter le repérage de besoins et la prise en charge par l'EMPP avec éventuellement la mise en place d'un traitement médicamenteux.

Voyons comment se passe une permanence : en général, l'intervenant de l'EMPP arrive au centre d'hébergement au matin<sup>2</sup> et rencontre l'équipe du centre pour avoir des nouvelles des personnes qu'il suit et savoir s'il y en a d'autres à rencontrer. Il est plus ou moins difficile d'obtenir ces informations selon les partenaires rencontrés. Il arrive qu'ils disent « tout va bien, rien de nouveau, personne à voir », puis au fur et à mesure que l'intervenant psy évoque chacune des personnes suivies, le partenaire se souvient qu'« il faut absolument voir untel, c'est urgent, ça ne peut pas rester comme ça ». Dans certains centres, des dispositifs spécifiques ont été mis en place pour faciliter la transmission des demandes d'intervention à

---

<sup>1</sup> Voir à ce propos G. Nauleau (2002)

<sup>2</sup> Les CHU sont fermés au public dans l'après-midi. Il y a des permanences en LHSS dans l'après-midi mais elles sont minoritaires, car les usagers sortent souvent après le déjeuner.

l'EMPP. Probablement et dans le meilleur des cas, ces dispositifs contribuent à la diminution des pertes d'information. Par exemple, dans un centre, il s'agit d'une feuille où les personnes qui doivent être rencontrées par l'EMPP sont inscrites par les équipes du centre ou s'inscrivent d'elles-mêmes. Cette feuille est rangée dans le même classeur où se trouvent d'autres feuilles du même type, concernant les rencontres avec d'autres intervenants du centre, comme les conseillères sociales ou les médecins généralistes. Dans un autre centre, les dossiers des personnes devant être rencontrées par les intervenants psy sont déposés par l'équipe du centre à un endroit prévu à cet effet. Ces dispositifs ont été mis en place à la demande de certains membres de l'EMPP alors que d'autres n'en voient pas l'utilité. Dans tous les centres, surtout là où aucun dispositif n'a été prévu, les sollicitations se font verbalement, directement auprès de l'intervenant psy référent, lors de sa permanence, ou plus rarement, sur son téléphone portable et encore plus rarement, voire jamais, par téléphone auprès du secrétariat de l'EMPP.

Après avoir rencontré les membres des équipes partenaires et avoir déterminé les personnes à rencontrer, les intervenants de l'EMPP vont chercher ces dernières, dans une sorte de salle d'attente (en CHU), dans leurs chambres (en LHSS) ou dans les différents espaces communs du centre. Les entretiens ont lieu soit dans une salle libérée de sa fonction habituelle le jour de la permanence psy (bibliothèque, salle télé, salle du cadre infirmier, salle de pansement, plus rarement salle de consultation médicale), soit dans la chambre de la personne (si c'est en LHSS, même si ces chambres sont rarement individuelles) ou encore dans les couloirs ou autres lieux à l'écart, autant que possible, des autres personnes présentes. En plus des entretiens formels, les intervenants psy circulent dans les locaux communs des centres où ils rencontrent d'autres membres de l'équipe partenaire, ce qui permet de tisser une relation conviviale fondamentale dans le travail partenarial<sup>1</sup>. Ils y rencontrent aussi des usagers qui ont été suivis auparavant ou d'autres, jamais suivis : un bonjour, parler de la pluie et du beau temps, un contact. Parfois les équipes du centre, ou l'intervenant psy lui-même, ont déjà repéré certaines personnes qui auraient besoin de rencontrer un psy, mais qui le refusent. Dans ce cas, ce type de contact informel peut faciliter un début de prise en charge<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> L'impact de la relation entre intervenant psy et partenaires pour la formulation des demandes d'intervention sera développé dans le chapitre 5

<sup>2</sup> J'exposerai, dans le chapitre 6, le travail des équipes pour créer une demande chez l'utilisateur ou pour lui faire accepter une intervention.

Après les entretiens d'évaluation ou de suivi-soutien, les intervenants psy font ce qu'ils appellent « les transmissions » aux partenaires, ce qui peut prendre la forme d'une transmission d'information orale et/ou écrite, dans les dossiers, si l'on se trouve en LHSS<sup>1</sup>. Cela peut également être une discussion informelle, entre deux portes, avec les partenaires sur la suite de la prise en charge : une orientation en CMP ou en maison de retraite, la mise en place ou le changement d'un traitement, la conduite à tenir au quotidien avec tel usager, la demande d'examens complémentaires, l'orientation pour que le patient soit accompagné pour faire un tour dans le quartier ou soit interdit de sortir seul, pour que la famille de la personne soit contactée, discussions autour des démarches sociales, de la sortie définitive, etc. Outre, les entretiens avec les usagers et les transmissions avec les partenaires, l'EMPP peut également effectuer des accompagnements des usagers à partir des centres vers des structures diverses, comme cela arrive pour les usagers rencontrés dans la rue. Cependant, les accompagnements à partir de la rue sont très souvent réalisés par l'EMPP, tandis que dans les centres, les usagers font parfois leurs démarches tout seuls ou accompagnés par le personnel du centre. Il en est ainsi, d'abord parce qu'il est difficile de trouver d'autres intervenants pour faire des accompagnements à partir de la rue, car la plupart des équipes sociales de rue tournent de nuit (il y a eu une équipe de jour, par intermittence) ; mais aussi parce que le travail pour mobiliser la personne ainsi que le lien créé entre elle et l'intervenant de l'EMPP est tel, qu'il est difficile de convaincre la personne de suivre quelqu'un d'autre, en tout cas dans un premier temps. En revanche, dans les centres, il est moins nécessaire de faire appel à l'EMPP pour des accompagnements car étant donné que l'équipe est présente toute la journée (LHSS), ou en tout cas en matinée (CHU), il lui est possible de rappeler son rendez-vous à la personne, de l'aider à repérer le chemin, voire de l'accompagner elle-même<sup>2</sup>. Voilà dans les grandes lignes comment se développe le travail de l'EMPP dans les centres d'hébergements.

---

<sup>1</sup> Le travail de l'EMPP en LHSS ressemble à l'activité dite de « psychiatrie de liaison », dans laquelle des psychiatres d'un ou plusieurs secteurs de psychiatrie interviennent à l'hôpital général, dans des services dédiés à d'autres spécialités, à la demande des équipes de ces services. Ce type d'activité pose certains problèmes liés au fait que les intervenants psychiatriques n'ont pas de prise sur le travail effectué auprès du patient par l'équipe du service où il se trouve. Ainsi, il arrive que le patient soit sorti avant que l'intervenant psy puisse le revoir et sans qu'il en soit informé ; il arrive également que les traitements prescrits par le psychiatre soient modifiés par les médecins du service qui accueille le patient, et pas toujours de manière adaptée. A. Ogien (1986) a observé exactement la même chose dans un service de gastroentérologie d'un hôpital général en Belgique et concernant une population semblable : des « cas sociaux », des « pauvres ».

<sup>2</sup> Je reviendrai sur ce partage de tâches dans le chapitre 6.

### 2.3. Au delà du travail dans la rue et dans les centres

Outre le travail auprès des usagers et des partenaires, dans la rue et dans les centres, l'EMPP développe un travail auprès des partenaires, sociaux et psychiatriques, en participant à différents types de réunions, par exemple : des réunions dites d'appui-soutien, dans lesquelles les partenaires évoquent la situation de plusieurs usagers et sollicitent l'avis des intervenants psy ; des réunions regroupant diverses catégories professionnelles (infirmiers, médecins, travailleurs sociaux) au cours desquelles sont évoqués différents aspects de la pratique quotidienne des professionnels, y compris ceux qui ont trait à la psychiatrie et pour lesquels l'avis de l'EMPP est sollicité ; ou encore dans des réunions dites de synthèse (réunions ad hoc pour coordonner l'action des différentes équipes autour d'une personne ou d'une situation). Outre l'avancement de la prise en charge des usagers pris individuellement, cette activité a pour but de soutenir les équipes partenaires dans les difficultés rencontrées au quotidien, liées directement ou indirectement avec les usagers. Un autre objectif de cette participation aux réunions diverses est l'entretien des liens institutionnels.

En plus de l'articulation et du soutien auprès des équipes partenaires, l'EMPP a besoin de se soutenir et de s'articuler en interne, ce qui se fait au cours de réunions d'équipe. Les réunions de l'EMPP étaient très irrégulières au début des observations et sont devenues de plus en plus fréquentes. Le projet était d'en avoir une tous les jeudis après-midi au siège de l'EMPP à l'hôpital, mais souvent il se passait deux ou trois semaines sans réunion ou alors il y avait des réunions avec seulement deux ou trois membres de l'EMPP (sur neuf susceptibles d'y participer). Progressivement, le rythme hebdomadaire s'est établi avec, par périodes, une deuxième réunion supplémentaire. Ces réunions plus régulières ont contribué à la diminution de la tendance à l'exclusivité.

Il n'y a pas de compte-rendu systématique de ces réunions à l'exception des notes que j'ai prises, qui ont été en partie mises à disposition de l'EMPP, notamment pour validation, et qui ont constitué une importante source pour cette étude. A propos des documents écrits, il est difficile d'obtenir des informations sur l'activité quotidienne de l'EMPP : ce n'est qu'à partir de 2005 qu'il y a eu des dossiers de patients, loin d'être systématiquement utilisés. Dès lors, pour connaître l'historique de la prise en charge d'une personne que l'EMPP suit depuis sept ans, il faut souvent compter sur la mémoire des intervenants. Lorsque les intervenants quittent



l'équipe, les informations qu'ils détiennent sont en grande partie perdues. Il reste les grandes lignes des prises en charge des personnes dont ils s'occupaient dans la mémoire des autres intervenants et parfois des données objectives du type date de naissance, numéro de sécurité sociale, par exemple, qu'ils ont transmises aux collègues et qui sont parfois les seuls éléments inscrits au dossier. Mais, le plus souvent, ce type d'information est obtenu auprès des partenaires sociaux. Par ailleurs, les outils pour objectiver l'activité de l'équipe – par exemple : nombre d'entretiens réalisés, nombre de personnes rencontrées – sont récents et les chiffres qu'ils ont permis d'établir sont à prendre avec précaution. Encore à propos des écrits, l'EMPP a produit quelques articles, certains ont été publiés, dans lesquels il s'agit le plus souvent de commentaires à partir de cas cliniques. Ce travail de réflexion sur la pratique constitue une part des missions de l'EMPP car celle-ci a été définie, à sa création, comme une unité de recherche action de l'hôpital et elle s'est donné la mission de formation d'autres EMPP en France.

La formation, initiale et continue, est donc une autre activité développée par cette EMPP soit par des cours dans les écoles et instituts préparant aux diplômes d'état (DE), soit par l'accueil de stagiaires ou d'observateurs, par la direction de mémoires, par la participation à des colloques ou autres actions de formation. Les échanges avec les autres EMPP parisiennes se font régulièrement (réunions de coordination) et plus ponctuellement avec les EMPP du reste de la France. Le tableau ci-dessous permet de visualiser une semaine type de quelques membres et de localiser dans le temps le déroulement des activités évoquées :

Tableau 9 : Une semaine type de trois membres de l'EMPP

	<b>Infirmier</b>		<b>Infirmier</b>		<b>Assistante sociale</b>	
	matin	après-m.	matin	après-m	matin	après-m
Lundi	LHSS 1	temps libre	rue jour	temps libre	rue jour	démarches
Mardi	temps libre	rue nuit	CHU 1	temps libre	démarches	
Mercredi	recup nuit	temps libre	rue jour		rue jour	
Jeudi	LHSS 2	réunion éq	LHSS 3	réunion éq	démarches	réunion éq
Vendredi	rue jour	temps libre	LHSS 4	temps libre	rue jour	démarches

Ces plages horaires que j'ai nommées « temps libre » permettent une souplesse dans le fonctionnement de l'EMPP, qui peut facilement s'adapter aux nécessités sans devoir prévoir trop à l'avance, tout en gardant la régularité des permanences. Les intervenants utilisent ce temps libre pour effectuer des accompagnements, des synthèses, des formations et des réunions diverses, mais aussi pour ajouter un passage dans un centre d'hébergement qui en aurait besoin ponctuellement ou une tournée de jour ou de nuit supplémentaire, si nécessaire. Pour l'assistante sociale, le temps de démarches est utilisé pour le travail sur les dossiers des usagers, mais elle peut l'utiliser aussi bien comme le temps libre des infirmiers.

Nous avons donc une description du travail quotidien de l'EMPP, en fonction du lieu d'intervention (rue, CHU, LHSS et autres) et en fonction de la nature de l'intervention (entretiens d'évaluation, entretiens de suivi/soutien, orientations, accompagnements, transmissions). Dans les paragraphes suivants, j'analyserai cette activité à travers deux aspects de son fonctionnement : la mobilité et l'identification. Ces deux aspects ont des implications différentes selon les lieux et la nature des interventions. Ils découlent directement de l'histoire de l'EMPP et façonnent sa pratique quotidienne ainsi que la place qu'elle occupe et celle qui lui est attribuée. Le concept de double intersticialité (A. Lovell, 1996a) permettra de considérer ces deux aspects concernant à la fois l'EMPP et les usagers.

### **3. La double intersticialité de l'EMPP**

Lovell (1996a) a décrit une nouvelle facette du savoir et du métier psychiatrique, facette qu'elle a appelé « double intersticialité »<sup>1</sup>. D'une part, l'intersticialité fait référence aux lieux, ou plutôt aux non-lieux, où l'EMPP rencontre les personnes, ce qui implique sa mobilité. D'autre part, elle fait référence à l'entre-deux où s'inscrit l'identification des acteurs : autant la problématique des usagers que les modes d'intervention de l'EMPP comportent une imbrication entre des sociaux et psychiatriques, ce qui rend difficile l'identification de leur appartenance à un champ ou à l'autre. Ce concept de double intersticialité met en parallèle l'intersticialité des personnes à la rue et l'intersticialité des équipes mobiles qui vont à la

---

<sup>1</sup> Dans cet article, l'auteur part du constat que la pratique psychiatrique a été directement liée à des lieux particuliers (les asiles, par exemple, mais aussi les structures extra-hospitalières) et que, dans ce sens, le travail des équipes mobiles, interstitielles, produit un changement important dans le domaine. Elle analyse la construction de cette double intersticialité et les effets de la dé-territorialisation de la pratique psychiatrique sur les relations entre les équipes mobiles et les personnes qu'elles rencontrent.

rencontre de cette population. Ainsi, j'utiliserai ce concept pour analyser deux aspects qui caractérisent l'EMPP et les usagers : leur mobilité et leur identification.

### 3.1 Double intersticialité et mobilité

Considérons cette intersticialité d'abord sous l'angle du lieu où circulent les intervenants et les éventuels usagers, les premiers cherchant à rencontrer les seconds : gares, rues, quais, entrées de commerce ou d'immeubles résidentiels, métro, bus, parcs, squares, tunnels, ponts... Selon Anne Lovell (1996a) :

*« On peut proposer une typologie qui décline six modalités de ce genre d'espace : 1) les lieux de passage ou d'attente anonyme (gares, halls d'entrée de magasin, rues, quais de métro) ; 2) les 'non-lieux'<sup>1</sup> qui, à travers le mouvement, dissolvent les territorialités urbaines (bus, métro) ; 3) les espaces de détente ou de pause (parcs, squares, bancs, atriiums) ; 4) les espaces privés mais à filtrage faible (halls de banque, fast-foods) ; 5) les espaces désaffectés (terrains vagues, maisons murées, alentours de ponts, et autres espaces dont la propriété est difficile à assigner) ; 6) enfin, les endroits qui défient toute idée d'appropriation humaine (les grilles d'aération des métros, les corniches de gratte-ciel, les tunnels de voies ferrées). Ce que tous ces lieux ont en commun c'est un certain degré de publicité tenant à leur capacité d'accueillir et de loger l'anonymat, l'inopiné, le croisement entre inconnus. Publics, ces lieux le sont, non en raison de propriétés substantielles, mais corrélativement aux types de pratiques qui s'y construisent et les construisent comme tels. Cette publicité existe pour autant que des gens, s'engageant dans ces espaces, s'inscrivent dans ce jeu de visibilité et d'invisibilité entre inconnus ». (p. 62)*

C'est dans ces lieux interstitiels, marqués par cette publicité ainsi définie, que circulent l'EMPP et les personnes auxquelles elle s'adresse. Ainsi, le terme générique « la rue » est utilisé ici pour nommer tous ces lieux interstitiels ou bien le type d'intervention qui s'y

---

<sup>1</sup> Note de Anne Lovell dans le texte cité : « Nous utilisons la notion de non-lieu en un sens plus étroit qu'Augé (1992). Sa définition, en fait, engloberait plusieurs types d'endroit dans notre typologie. Nous ne sommes pas d'accord, néanmoins, avec son idée que l'occupant d'un tel espace est exempt de toute obligation sociale. Les principes goffmaniens que nous mentionnerons plus loin sont essentiels au maintien de ce que Giddens appelle la 'sécurité ontologique'. »

déroule (travail de rue, par exemple). L'intersticialité de cette population, du point de vue géographique (ou spatial), tient aux lieux où elle s'installe ou circule. Leur intersticialité implique que l'EMPP soit interstitielle, elle aussi, et pour ce faire, qu'elle soit mobile, même si les personnes à rencontrer, elles, ne sont pas forcément mobiles. S'il faut « aller vers » les personnes qui ne viennent pas vers les structures, il faut aller là où elles se trouvent et, comme elles sont dispersées dans les interstices du territoire, il faut que l'EMPP se déplace également dans ces interstices.

Ainsi, lorsque je suis arrivée dans cette EMPP, ses membres se présentaient comme la seule équipe mobile à Paris. Je me suis demandé à quoi correspondait cette notion de mobilité, car les cinq autres EMPP parisiennes pouvaient aussi être considérées comme mobiles, dans le sens où les intervenants allaient rencontrer les personnes dans les institutions où elles se trouvaient, plutôt que de les attendre dans des lieux de consultation. Ils ont alors précisé que leur caractère unique tenait à ce qu'ils étaient la seule équipe à faire de la maraude. Or, cette EMPP ne faisait pas de la maraude, dans le sens d'aborder les personnes qu'ils repéraient eux-mêmes comme des éventuels « patients » ; au contraire, elle n'intervenait qu'à partir d'un signalement, tout comme les autres EMPP. Aussi, leur idée de mobilité était-elle liée au fait d'être les seuls à intervenir en dehors des institutions, dans la rue. Pourtant, d'autres équipes intervenaient ponctuellement dans la rue ou dans les bois, accompagnées d'équipes sociales de rue. Mais il est possible de retenir, pour définir la mobilité telle qu'elle m'a été présentée par les acteurs sur le terrain, qu'elle consiste à intervenir prioritairement dans la rue et que cela caractérise cette EMPP auprès des autres partenaires, y compris les autres EMPP. Finalement la notion de mobilité reposait surtout sur le fait que c'était la seule équipe de psychiatrie-précarité parisienne disposant d'un véhicule, donc pouvant prioriser le travail de rue et pouvant le faire de façon autonome par rapport aux équipes sociales de rue.

En effet, ce véhicule permet une plus grande mobilité de l'équipe, qui peut ainsi intervenir plus facilement dans ces lieux interstitiels sur tout le territoire parisien, et plus particulièrement la nuit. Les personnes rencontrées par cette EMPP sont dispersées dans la capitale et il faut souvent aller du 12<sup>e</sup> arrondissement au 15<sup>e</sup>, puis au 18<sup>e</sup>. Or, les EMPP qui circulent en transport en commun ne font pas cinq sites dans la journée ; de plus, les équipes sociales de rue qui ne disposent pas de véhicule, et qui font leur tournée à pied, couvrent un territoire plus restreint et, plus particulièrement, un territoire à forte concentration de

personnes à la rue. Le véhicule permet donc à l'EMPP de visiter plus de sites, sur un territoire plus étendu, en moins de temps. Mais c'est pour le travail de nuit que la nécessité du véhicule est encore plus flagrante : outre les déplacements sur un large territoire, il n'y a pas de transports en commun tard dans la nuit. Ainsi, la mobilité de cette EMPP, fortement déterminée par le fait de disposer d'un véhicule, induit son lieu d'intervention (prioritairement dans la rue), l'étendue de son territoire d'intervention (tout le territoire parisien) et la plage horaire couverte (de jour comme de nuit). Enfin, le véhicule permet un mode d'intervention, que je qualifierai d'intervention « sur le champ » pour éviter l'expression « en urgence » souvent utilisée, mais qui ne la caractérise pas vraiment. Il s'agit de situations dans lesquelles une personne accepte la proposition qui lui est faite – un accompagnement pour des soins, par exemple – et dès lors, il importe d'y aller sur le champ, de saisir l'occasion, parce que la personne peut changer d'avis très rapidement, et que cela arrive assez souvent. Ce type d'intervention permet de mobiliser la personne et peut inaugurer une nouvelle phase de la prise en charge.

J'ai donc pu comprendre pourquoi les intervenants affirmaient qu'ils étaient la seule équipe mobile, mobilité qu'ils liaient à la « rue » et au véhicule, c'est-à-dire à l'intervention dans les lieux interstitiels. Ainsi, l'intersticialité caractérise l'EMPP et le public auquel elle s'adresse par un critère géographique ou spatial ou, autrement dit, par le lieu où ils se rencontrent. Regardons maintenant la caractérisation de l'intersticialité de l'EMPP et de son public par les critères d'organisation et d'affichage, qui rendent leur identification complexe.

### 3.2. Double intersticialité et identifications

Du point de vue des usagers, l'intersticialité liée à l'identification concerne les éléments permettant à l'EMPP d'identifier les usagers à la fois comme sans abri et comme souffrant de troubles psychiques ou, autrement dit, les éléments permettant à l'EMPP d'identifier les personnes ayant besoin de ses services. Cependant, l'EMPP ne réalise plus ce qu'on appelle des « maraudes », c'est-à-dire tourner dans les rues - ou dans les structures - et interpeller chaque personne qu'elle repère comme étant susceptible d'être un « client », comme le décrit Anne Lovell (1996a, 1996c) pour les équipes de New York. Ceci a été fait dans les premières années d'existence de l'EMPP, quand les intervenants psychiatriques dépendaient des Equipes Sociales de Rue pour tourner. Mais depuis qu'elle a un véhicule à sa disposition, elle n'intervient qu'à partir d'un signalement, que ce soit dans la rue ou dans les structures. Ce

n'est donc pas l'EMPP qui repère ses possibles « clients » mais les partenaires des structures sociales.

Ainsi, l'identification des usagers se décline en deux temps : d'abord, l'identification par les équipes partenaires d'un usager à orienter à l'EMPP et ensuite, la confirmation de cette identification par l'EMPP. Le premier temps sera exposé en détail dans le chapitre 5, où je montrerai que toutes les personnes présentant des troubles psychiques ne sont pas signalées et toutes les personnes signalées ne le sont pas au titre de troubles psychiques supposés ou avérés. Le deuxième temps, lié notamment aux difficultés d'établir un diagnostic psychiatrique dans le contexte de vie à la rue, sera détaillé dans le chapitre 7. J'y expose certains éléments utilisés dans la clinique psychiatrique ordinaire pour établir la présence de troubles psychiques - tels que l'état d'hygiène de la personne, les problèmes d'appétit ou de sommeil et les pertes de repères temporels – et qui sont des éléments qui peuvent également être entraînés par la vie à rue, sans pour autant être signes de maladie mentale. Ainsi, lorsque le psychiatre demande à son patient : « est-ce que vous dormez bien ? », question classique dans un entretien psychiatrique, il apprendra que son sommeil est très irrégulier. Dans ce cas précis, ce n'est pas forcément un symptôme d'une maladie, mais c'est que la personne à la rue doit dormir tout en étant prête à se réveiller au moindre signe de danger ; qu'elle est réveillée à plusieurs reprises dans la nuit par les équipes sociales de rue ou par des passants, qu'elle dort aussi en journée, quand le danger est moindre. Ainsi, il n'est pas facile d'évaluer s'il s'agit d'un trouble du sommeil ou d'une adaptation à la vie dans la rue. J'exposerai donc plus tard ces problèmes d'identification de la personne comme relevant ou pas de la psychiatrie. Il suffit pour l'instant de retenir qu'il y a une interstitialité relative à l'identification du public auquel s'adresse l'EMPP, dans le sens où les réponses à leur problématique se situent quelque part entre les dispositifs sociaux et les dispositifs psychiatriques.

Symétriquement, concernant les équipes dont il est question dans l'étude de A. Lovell (1996a), elles peuvent être caractérisées comme interstitielles sur le plan de leur identification technique (les modèles de pratiques utilisés) ou institutionnelles (l'affichage plus ou moins clair de l'institution d'appartenance), car elles présentent :

*« un condensé de pratiques qui empruntent aux modèles reconnus de la psychiatrie, aux techniques du travail social<sup>1</sup> et au style des associations bénévoles d'inspiration religieuse (...). Théoriquement cadrés comme composantes du système de soins en santé mentale, ils ne sont, au mieux, que des points d'entrée dans le territoire de la psychiatrie. Pour reprendre une expression de deux sociologues<sup>2</sup> de l'organisation, ces programmes intersticiels fonctionnent comme les 'bâtards de chacun des systèmes, dont personne n'a clairement à répondre' » (p. 61 et 62)*

Dans ce sens, l'ensemble du travail des EMPP françaises peut être caractérisé par cette intersticialité de l'identification de leur pratique sur le plan technique et institutionnel. Sur le plan institutionnel, par exemple, les EMPP sont plus ou moins intégrées dans leur hôpital d'origine. En ce qui concerne l'EMPP qui est au cœur de cette enquête, il lui a fallu rappeler, à plusieurs reprises, aux différentes instances de l'hôpital auquel elle est attachée, son existence, ses missions, son appartenance. A une occasion, c'était le livret d'accueil des internes, où figuraient les différents services de l'hôpital à l'exception de l'EMPP ; le même oubli s'est produit lors de l'édition d'un document à l'intention des élèves infirmiers par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de l'établissement ; aussi, les formations obligatoires du personnel - comme la formation incendie et la formation aux gestes d'urgence - n'étaient-elles pas proposées à cette équipe, comme s'il ne s'agissait pas de personnel de l'établissement ; et encore, lors de la mise en place du Pôle Précarité au sein de cet établissement, un long débat a eu lieu pour préciser si l'EMPP était une unité de l'hôpital ou de l'Institution Sociale Partenaire. Cela indique qu'il y a un doute sur la nature de cette équipe – sociale ou sanitaire – et sur l'institution à laquelle elle appartient. Enfin, les entretiens que j'ai effectués auprès du personnel de différents secteurs – secteurs attachés au même hôpital que cette l'EMPP - ont montré que souvent l'EMPP était mal connue, voire

---

<sup>1</sup> Je pense ici notamment aux méthodes des Educateurs Spécialisés travaillant dans la Prévention Spécialisée. Créée dans l'après guerre et officialisée par un arrêté du 4 juillet 1972, la Prévention Spécialisée a pour objectif de rompre l'isolement et de restaurer le lien social de jeunes en voie de marginalisation ou déjà marginalisés, en rupture ou en souffrance. Pour ce faire, les éducateurs vont vers les jeunes là où ils se trouvent, souvent dans la rue. L'éducateur circule dans le quartier où il intervient, rencontre les jeunes, discute sur des sujets anodins, se fait connaître et établit une relation de confiance avec eux. Ce « aller vers » le public sans demande particulière de la part de celui-ci est parmi les éléments qui permettent de voir une proximité entre les équipes de Prévention Spécialisée et les EMPP. Un autre élément est l'identification de l'intervenant : les jeunes ne savent pas toujours qu'ils ont affaire à un éducateur spécialisé. Voir les analyses de J. Verdès-Leroux (1978) à propos de la prévention spécialisée.

<sup>2</sup> Fennel et Dockett, 1990, p. 115 (cité par A. Lovell, 1996a)

inconnue, et de ce fait peu ou pas sollicitée<sup>1</sup>. Du côté des équipes partenaires, la connaissance de l'existence de cette EMPP est très présente, la connaissance de ses missions le sont à peu près, mais son appartenance institutionnel reste inconnue : souvent les partenaires pensent que cette EMPP est une des équipes de l'Institution Sociale Partenaire. Enfin, même les membres de l'EMPP ne sont pas toujours très au clair sur leur appartenance et parfois entretiennent la confusion, par exemple, en utilisant les deux logos – de l'hôpital et de l'Institution Sociale Partenaire – sur leurs cartes de visite ou sur les en-têtes de certains documents.

Cette difficulté à identifier l'EMPP au champ psychiatrique ou au champ social, du point de vue de son institution d'appartenance et de ses techniques d'intervention nous amène à cet aspect de l'intersticialité qu'Anne Lovell (1996a) appelle « affichage ambigu », en référence à l'indication plus ou moins claire du caractère psychiatrique que l'agent confère à son intervention<sup>2</sup>. « Affichage ambigu » aussi en référence au fait qu'un contexte d'intervention aussi ouvert permet au public de doter l'action de significations qui peuvent être très éloignées de la réalité, celle du moins que vise ou postule l'agent (p.72). Je vais analyser la façon dont l'EMPP présente le caractère psychiatrique de son intervention - ou le cache derrière un affichage social - sous trois angles :

- L'identification visuelle concerne la gestion des éléments visuels permettant aux partenaires et aux usagers d'attribuer une identité à l'EMPP. Il s'agit principalement du véhicule utilisé par l'EMPP et du blouson porté par les intervenants, qui sont marqués du logo de l'Institution Sociale Partenaire et sont identiques à ceux utilisés par les Equipes Sociales de Rue de cette institution. Il s'agit également des cartes de visite, des enveloppes et papiers à en-tête utilisés par l'équipe.

- L'identification verbale fait référence à tout ce que les intervenants de l'EMPP disent aux partenaires et aux usagers et qui leur permettent d'attribuer ou pas un caractère psychiatrique à l'EMPP et à son intervention. Est-ce que l'identification verbale comporte juste le nom de l'intervenant psy, est-ce que son métier est précisé, est-ce que le mot « psy » ou « psychiatrique » est ajouté à l'identification ?

---

<sup>1</sup> Les chiffres de cette EMPP le confirment : le nombre de demandes d'intervention émanant des services de l'hôpital auquel elle appartient est infime.

<sup>2</sup> Ceci est à mettre en rapport avec la notion de déspecialisation de M. Bresson (2006).



- L'identification en actes est relative à tout ce que les intervenants de l'EMPP proposent et mettent en place auprès des partenaires et des usagers.

Ces trois modes d'identification s'articulent de manière très diversifiée dans la pratique de l'EMPP, mais il est possible de distinguer ce qui se passe dans les structures sociales (les centres d'hébergement, notamment) de ce qui se passe dans la rue.

#### a. Les trois modes d'identification de l'EMPP dans les structures sociales :

Lorsqu'ils interviennent dans les structures sociales, les membres de l'EMPP sont plus facilement identifiables et identifiés par les usagers et par les partenaires. Visuellement, les intervenants psy ou sociaux ne portent aucune inscription permettant leur identification (nom, profession, institution) : pas d'uniforme, pas de badge. Le fait de voir l'intervenant psy dans la structure sociale, de constater qu'il discute avec les membres de l'équipe sociale, qu'il a accès aux lieux réservés au personnel, sont des repères visuels entraînant, chez l'utilisateur, une identification erronée de l'intervenant psy comme membre de l'équipe sociale. Le véhicule et le blouson, estampillés du logo de l'Institution Sociale Partenaire, sont à usage quasi exclusif du travail de rue et donc ne peuvent pas être un repère visuel dans les centres. Bref, visuellement, rien ne permet d'identifier les intervenants de l'EMPP à une équipe de psychiatrie, émanant d'un Etablissement Public de Santé (Hôpital Psychiatrique).

C'est l'identification verbale qui est ici la plus efficace, en fonction de la manière dont l'intervenant social propose à l'utilisateur la rencontre avec l'intervenant psy<sup>1</sup>, puis en fonction de la façon dont l'intervenant psy se présente à l'utilisateur (décliner nom, métier, mentionner le terme « psy » ou « psychiatrique »). Les entretiens effectués auprès des professionnels montrent que le fait de prononcer les termes « psy » ou « psychiatrique » fait l'objet d'une gestion attentive aussi bien de la part des intervenants de l'EMPP que de la part des partenaires sociaux et psychiatriques. Ils expliquent que ces termes provoquent souvent rejet et stigmatisation chez les usagers – « je ne suis pas fou ! » - mais aussi autour de lui – « s'il a

---

<sup>1</sup> Dans le chapitre 6, je cite des exemples de gestion de cette présentation verbale de l'intervenant psy par les partenaires sociaux. Cette présentation est utilisée comme une manière de convaincre la personne de faire ou ne pas faire telle ou telle chose, par exemple, accepter un rendez-vous avec un intervenant psy.

vu le psy, c'est qu'il est fou ». Ce type de contrôle de l'identification verbale n'est pas particulier au contexte de la psychiatrie-précarité. C'est ce que nous explique cette infirmière, qui travaille depuis 20 ans dans le même secteur psychiatrique et depuis 6 ans dans un CMP :

*« Souvent, quand on arrive (on dit) : 'on fait partie du CMP...' »*

*AM : Mais nous, quand les animateurs dans les centres d'hébergement proposent à la personne de rencontrer un psy, c'est « non, je ne suis pas fou ! » et la personne peut très mal le prendre.*

*C'est pour ça que CMP ça passe mieux, parce que les gens ne savent pas ce que c'est : centre médico-psychologique.*

*AM : Vous dites « infirmière » ou « infirmière psychiatrique » ?*

*Non, non, quand on se présente, on dit qu'on travaille au CMP, que je suis infirmière, je ne dis pas psychiatrique. Qu'on vient voir si on peut... vous apporter quelque chose... »*

Dans l'extrait ci-dessus, il ne s'agit pas d'interventions auprès de personnes sans abri mais des personnes qui, comme les sans abris, ont des difficultés à s'adresser à la psychiatrie, en l'occurrence, les personnes âgées. L'infirmière de secteur parle d'interventions qui se déroulent dans le domicile de la personne, donc ailleurs que dans un lieu de soin, et à partir du signalement d'un tiers. Comme la personne n'est pas demandeuse de l'intervention, l'identification de l'intervenant dépend, comme dans le cas de l'EMPP, de ce que le tiers et l'intervenant disent à l'usager, d'où la nécessité de bien contrôler cette identification verbale pour à la fois se présenter sans pour autant créer des résistances. Dans l'extrait suivant, c'est une des infirmières de l'EMPP qui explique sa gestion de l'identification verbale dans le cadre des rencontres avec des personnes en situation de rue :

*« Comment on s'identifie auprès des personnes qu'on voit ? Ça se fait au feeling, je dirais. Ça se fait dans l'entretien, machinalement... ça se fait selon ce qu'on connaît de la personne, si la personne est connue des Equipes Sociales de Rue... »*

*c'est au cas par cas. Si c'est quelqu'un qui n'est pas très connue de l'Institution Sociale Partenaire, je dirais qu'on va d'abord essayer d'établir avec cette personne-là une relation d'aide et de confiance, peut-être essayer de voir cette personne en journée, avant de poser qui on est, le pourquoi du comment. Si c'est quelqu'un bien connu de l'Institution Sociale Partenaire, pourquoi il est connu, comment – parce qu'il y a les personnes connues pour être des manipulateurs... - je fais pas dans le détail pour ces personnes-là, je leur dit de suite qui je suis et pourquoi je suis là. Voilà, quoi. Et donc, on vient voir ces personnes, après la personne veut ou ne veut pas nous voir. Mais on vient voir cette personne en tant qu'équipe de psychiatrie, après ça marche ou ça ne marche pas. Si la personne est manipulatrice, autant poser les bases tout de suite. Si j'ai une personne qu'on ne connaît pas, on se présente, on dit qu'on veut parler avec elle pour mieux la connaître, par le biais d'un entretien. Et pourquoi pas plus se présenter, approfondir cette première présentation au long de cet entretien ? ça, c'est au cas par cas, il n'y a pas de recette miracle. »*

Le critère du cas par cas se décline autant en fonction des usagers, qu'en fonction des professionnels : chaque intervenant fait comme il le sent. Par ailleurs, l'identification verbale de l'EMPP peut être faite par le bouche à oreille entre les usagers d'une structure, ce qui amène certains à demander ou accepter plus facilement une rencontre avec tel intervenant, identifié comme psy, et d'autres justement à l'éviter.

A l'instar de l'identification verbale, l'identification en actes joue plus dans les structures sociales que dans la rue. Car les pratiques des équipes des centres diffèrent assez de celle des membres de l'EMPP : ils n'ont pas le même temps de présence dans les centres et ne participent pas à la gestion de la vie quotidienne dans la structure : les repas, le réveil, le vestiaire, l'attribution de places, les médicaments et autres soins (dans les LHSS). Cependant, il arrive régulièrement que les usagers assimilent les intervenants de l'EMPP à ceux de l'équipe de la structure sociale, sans retenir la spécificité psy de l'intervenant et/ou son appartenance institutionnelle. Ceci dit, l'identification de l'EMPP est nettement plus complexe dans la rue.

b. Les trois modes d'identification de l'EMPP dans la rue :

Du point de vue de l'identification visuelle, non seulement aucun élément n'indique qu'il s'agit d'une équipe psychiatrique, mais de surcroît les éléments visuels disponibles induisent l'assimilation de l'EMPP à l'Institution Sociale Partenaire. Ainsi, le véhicule, marqué avec le nom de l'Institution Sociale Partenaire, fonctionne comme une sorte de présentation, de carte de visite, de cadre institutionnel portable, que l'EMPP affiche ou pas selon la situation. Lors que l'EMPP arrive sur le site d'une personne avec ce véhicule, elle gère cette présentation visuelle : par exemple, passer avec le camion devant la personne, se faire voir, le garer à proximité pour qu'il soit visible. Dans ce cadre, l'identification visuelle induite par le véhicule est censée fonctionner comme un passe-droit auprès de l'utilisateur, ce qui épargne à l'EMPP de devoir se présenter autrement, en comptant sur ce malentendu géré pour se faire accepter plus facilement. Ou au contraire, éviter de passer avec le véhicule devant la personne, le garer loin, le cacher en quelque sorte, si l'assimilation à cette institution peut rendre le contact difficile.

Au début, le véhicule portait les deux logos : celui de l'Hôpital Psychiatrique auquel l'EMPP appartient et celui de l'Institution Sociale Partenaire, qui le met à disposition. Mais lors du renouvellement du véhicule, le logo sérigraphié de l'Hôpital a été supprimé et remplacé par un logo magnétique. Il semblerait que ce logo magnétique s'envole, qu'il est donc perdu facilement et que, pour cette raison, il n'est plus utilisé qu'en présence de la presse. Cependant, ce problème technique aurait pu être réglé si l'affichage psychiatrique était réellement souhaité. Lorsque la question est débattue en équipe, l'argument qui revient est celui de la stigmatisation des personnes rencontrées, car cette gestion de l'identification visuelle ne s'adresse pas uniquement aux usagers. Cela peut s'adresser à la police, pour éviter une amende, si le véhicule n'est pas tout à fait bien garé. En effet, il y a une certaine tolérance informelle liée à la mission de cette institution sociale très connue. Cela peut également s'adresser à toute personne susceptible de témoigner de la rencontre entre l'EMPP et l'utilisateur, par exemple, pour montrer que les professionnels de telle institution s'occupent des personnes à la rue. Ainsi, l'affichage visuel du caractère psychiatrique de la rencontre pourrait provoquer la stigmatisation de ce dernier. Cette question de l'affichage du logo de l'hôpital sur les véhicules des équipes psychiatriques fait aussi débat dans les équipes de psychiatrie de secteur qui, lorsqu'elles font des accompagnements des personnes à partir ou vers leur lieu de domicile, ou qu'elles font des visites à domicile, affichent en même temps l'étiquette

psychiatrique de l'équipe et celle de la personne concernée. Lors de ces débats, il est parfois question de supprimer le logo de l'hôpital et d'utiliser des véhicules banalisés.

L'autre support d'identification visuelle est le blouson fourni par l'Institution Sociale Partenaire. Ce blouson est le même porté par tous les membres des Equipes Sociales de Rue et il induit les usagers à identifier les membres de l'EMPP qui le portent comme des membres de ces équipes. Pour le travail de rue, certains membres de l'EMPP le portent toujours, d'autres jamais, d'autres en fonction du collègue qui les accompagnent. Il est possible de dire aussi que ceux qui interviennent de nuit le portent et ceux qui interviennent de jour ne le portent pas, et que ceux qui interviennent de jour et de nuit le portent la nuit et pas le jour. Ceci témoigne des tensions autour du port de ce blouson au sein de l'EMPP et de l'assimilation qu'il induit à l'Institution Sociale Partenaire. Ceux qui sont contre le port du blouson argumentent qu'ils souhaitent éviter tout amalgame avec l'Institution Sociale Partenaire et qu'ils s'identifient auprès des usagers de manière verbale. Ceux qui sont pour le port du blouson disent que c'est une question de sécurité, qu'il est dangereux d'aborder les gens dans la rue sans une identification institutionnelle, comme s'il s'agissait de simples passants et non pas de professionnels, ce qui n'est pas non plus le cas, et qu'il n'est pas possible de porter des signes indiquant son identité psychiatrique pour les raisons avancées plus haut.

En ce qui concerne l'identification verbale dans la rue, elle ne diffère guère de celle qui a lieu dans les centres, à ceci près que le bouche à l'oreille entre les éventuels usagers ne fonctionne pas dans la rue comme il fonctionne dans les centres, pour ce qui est des informations concernant l'EMPP. Et ce d'autant plus que les usagers rencontrés par l'EMPP dans la rue sont souvent isolés, très rarement en groupe. Aussi, si l'identification visuelle de l'EMPP permettait de la distinguer des autres équipes, les usagers pourraient se dire, par exemple, « faites attention aux gens qui passent dans un véhicule de telle couleur ou avec tel uniforme : ce sont des psy », mais ce n'est pas le cas.

L'identification en actes dans la rue, comme l'identification visuelle, est source de grands malentendus car, ici encore, non seulement le caractère psychiatrique de l'intervention et des intervenants n'est pas clairement présenté, mais en plus, certains éléments induisent l'identification aux différentes équipes sociales de rue. Par exemple, autant l'EMPP que les équipes sociales peuvent fournir des prestations telles qu'un café, un repas (le même type de repas), un duvet, un hébergement pour la nuit, un accompagnement en voiture jusqu'au centre

d'hébergement ou vers les urgences ou vers le CPOA. Ce que peut différer est la manière de proposer ces prestations, la place qu'elles occupent dans le contact : arriver, dire « bonjour, comment ça va » et proposer une prestation de ce type, parler de la pluie et du beau temps puis partir met la prestation en évidence et rapproche l'EMPP des équipes sociales. Au contraire, le fait de ne pas proposer ce type de prestation, en tout cas pas d'emblée, met en évidence la conversation, l'identification verbale, et peut éventuellement faciliter la distinction entre les Equipes Sociales de Rue et l'EMPP, ainsi que l'identification du caractère psychiatrique de l'intervention de cette dernière<sup>1</sup>.

Il arrive que des personnes rencontrées à la rue « sentent » la psychiatrie, comme le disent les intervenants de l'EMPP : au bout de quelques minutes d'une conversation assez banale, la personne montre avoir compris le caractère psychiatrique de l'intervention, en disant par exemple « je ne suis pas fou », ou « je sais bien que vous allez m'amener à Sainte Anne » (ou un autre hôpital psychiatrique). Il s'agit souvent de personnes qui connaissent bien la psychiatrie, ses professionnels et leur manière d'intervenir, et cette reconnaissance semble être plutôt due à leur expérience antérieure qu'aux modes de présentation de l'EMPP<sup>2</sup>.

Ainsi, l'identification de l'EMPP reste très interstitielle, entre les pratiques et l'appartenance institutionnelle au champ social et au champ sanitaire. Cela est particulièrement remarquable dans la rue, mais se manifeste également dans les centres, aussi bien auprès des usagers que des partenaires. Les différents modes d'identification de l'EMPP sont assez fortement contrôlés, dans l'objectif premier d'établir un lien avec la personne, même si pour ce faire il faut passer par un brouillage des identifications. Dans tous les cas, c'est surtout sur l'aspect verbal que les intervenants de l'EMPP comptent lorsqu'ils souhaitent préciser leur identification. Outre ce contrôle plus ou moins volontaire de l'identification, l'intersticialité de l'identification de l'EMPP lui est en quelque sorte intrinsèque, comme l'est aussi l'intersticialité géographique, de par son histoire et de son contexte d'exercice. De même, l'identification des usagers comme relevant des interventions psychiatriques et/ou des

---

<sup>1</sup> Au contraire de ce que décrit Anne Lovell (1996a), les prestations du type café, repas, duvet ne sont pas très utilisées par l'EMPP comme appât, mais comme un don humanitaire, pour éviter que les gens aient faim et froid. Par exemple, l'une des infirmières de l'EMPP considérait comme honteux d'aller voir quelqu'un dans la rue, quand il faisait froid, sans lui offrir un café pour le réchauffer. Autrement dit, ces prestations étaient moins vues comme un moyen pour établir un contact, mais comme une fin.

<sup>2</sup> Voir G. Nauleau (2000) au sujet de personnes qui se sont installées à la rue pour fuir la psychiatrie, qu'elles ne connaissent que trop bien et pour qui il n'est pas question de rencontrer une équipe psy : elles savent qu'elles risquent d'être renvoyées dans leur région et leur secteur.

interventions sociales est très interstitielle et constitue une caractéristique intrinsèque à ce type de contexte, en dehors des tentatives que les usagers font, eux aussi, pour brouiller les pistes permettant de le préciser.

## **Partie II :**

### **La demande d'intervention comme opérateur micropolitique**

**ou**

**A partir de quand intervenir ?**





## Introduction à la partie II

La deuxième partie de cette thèse a pour objectif de comprendre la construction de la place de cette Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP), à partir de l'étude de la demande en tant qu'opérateur micropolitique, dans le sens où elle déclenche et oriente la (re)distribution et la légitimation des pouvoirs dans le terrain en question. En effet, la demande marque l'entrée d'un nouvel acteur, l'EMPP, dans le partage des pouvoirs relatifs à une prise en charge, car ce n'est qu'à partir d'une demande d'intervention adressée par les partenaires à l'EMPP que celle-ci peut légitimement intervenir. Pour mieux comprendre les redistributions de pouvoirs, déclenchées par l'arrivée de ce nouvel acteur, et la manière dont ils sont légitimés, il s'agira d'interroger la fonction de la demande en tant qu'opérateur micropolitique par rapport à la psychiatrie, aux partenaires du social et enfin, aux usagers.

Ainsi, dans le chapitre 4, nous allons voir comment la présence ou l'absence d'une demande légitime ou illégitime l'intervention des équipes ordinaires de psychiatrie et de l'EMPP. Historiquement, l'intervention en psychiatrie n'est légitime qu'à partir d'une première demande d'intervention formulée en présence de la personne concernée dans un lieu de soins. Dans ce cadre, la demande dessine une frontière en dehors de laquelle, toute intervention peut être considérée comme illégitime (*sur-interventionnisme*) et les non-interventions sont d'emblée légitimées (*non-intervention ajustée*). Cela est plus fortement présent dans des services de psychiatrie qui ont un fonctionnement très spécialisé, par exemple, ceux qui suivent un modèle psychopharmacologique, et moins pour ceux qui sont plus proches des modèles du type psychiatrie sociale, que l'on peut considérer comme plus déspecialisés, ce qui est le cas de l'EMPP. Nous allons voir ensuite les glissements de cette frontière qui aboutissent à une légitimation des interventions en l'absence d'une demande formulée dans ce contexte et, justement, par l'inexistence de demande et par le fait que les personnes concernées ne se déplacent pas vers les lieux de soins. Cette nouvelle forme de légitimité, empruntée aux équipes sociales de rue, se fonde sur une définition de la population comme étant « ceux qui ne demandent (plus) rien » et s'exprime par un nouveau mode d'intervention qui se résume en l'expression « aller vers ». Autrement dit, cette définition permet de postuler que, pour garantir l'accès aux soins des personnes qui ne sollicitent pas les institutions, il est légitime d'« aller vers » elles et d'intervenir là où elles se trouvent (dans les structures

sociales ou dans la rue). Ainsi, l'EMPP peut légitimer ses interventions par l'existence d'une demande, comme les équipes de psychiatrie de secteur, mais aussi par la non-demande, comme les équipes sociales de rue. Cela élargit considérablement son champ d'interventions légitimes (*interventions ajustées*) et, en même temps, rétrécit d'autant son champ de non-interventions légitimes (*non-interventions ajustées*), ce qui inverse la question : dans quel contexte l'EMPP **n'est pas** légitime d'intervenir ?<sup>1</sup>

Le chapitre 5 étudie le fonctionnement de la demande des partenaires sociaux comme un opérateur micropolitique façonnant la place de l'EMPP. Il s'agira, dans un premier temps, de comprendre ce qui motive les partenaires à solliciter la participation de l'EMPP au partage de pouvoirs autour d'une prise en charge. Nous verrons que les demandes d'intervention sont exprimées plus ou moins facilement (signalements systématiques ou sélectifs) en fonction des critères variés, qui ne sont pas forcément liés à la présence ou à la gravité d'une pathologie mentale et à la nécessité de soins spécialisés. En effet, plusieurs personnes présentant des troubles psychiques manifestes ne sont pas signalées à l'EMPP alors que d'autres le sont, sans que de tels troubles puissent être identifiés. Ce sont des sollicitations renforçant l'aspect déspecialisé de l'EMPP. Ainsi, dans un deuxième temps, il sera abordé comment cette demande ainsi exprimée induit l'EMPP à occuper telle ou telle place, dans la mesure où cette demande oriente, en quelque sorte, ce partage de pouvoirs, qui peut se configurer comme une prise en charge *expertise, passerelle* ou à *part entière*. Si la demande induit un certain type de distribution de pouvoirs, elle ne le détermine pas définitivement. Dans ce contexte de légitimité élargie à intervenir et face à des situations souvent très complexes et imbriquées, la distribution des pouvoirs est largement orientée par les qualifications, par les différents acteurs, des interventions et des non-interventions : *interventions ajustées* ou *sur-interventionnisme*, *non-interventions ajustées* ou *sous-interventionnisme*.

Dans le chapitre 6, il s'agit de comprendre l'enjeu de la demande de l'utilisateur pour la construction de la place de l'EMPP. Nous verrons qu'une fois que la demande d'intervention a été exprimée par un tiers, l'EMPP peut légitimement intervenir, même en l'absence d'une demande ou d'une acceptation par l'utilisateur. Par contre, sur le plan pratique, la majorité des interventions nécessitent au moins l'accord de l'utilisateur pour être réalisées. Ainsi, il importe de susciter la demande chez les usagers - ou au moins obtenir leur acceptation pour une

---

<sup>1</sup> Cette question sera développée dans la troisième partie de cette thèse.

intervention -, comme une manière non seulement de légitimer l'intervention (aspect moral) mais aussi comme une manière de permettre sa réalisation et l'avancement de la prise en charge (aspect pratique). Encore une fois, la place de l'EMPP est façonnée par les enjeux de distribution de pouvoirs, en fonction de la présence ou de l'absence d'une demande ou d'un accord de la part de l'utilisateur, ou bien de son refus : qui doit faire ce travail pour *créer une demande ou faire accepter* une proposition à l'utilisateur ? Il s'agira de discuter l'impact de ce travail sur la construction de la place de l'EMPP, selon qu'il soit effectué par les partenaires, par l'EMPP ou par les deux, notamment dans le type de prise en charge qu'il définit.



## **Chapitre 4 : La demande et la non-demande comme légitimateur des interventions de l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP)**

Imaginons qu'on frappe à votre porte et, en ouvrant, vous trouvez une personne inconnue, l'air sympathique du reste, qui vous dit : « Bonjour, madame, je suis infirmier psychiatrique, je viens savoir comment ça va ». Inimaginable ? C'est souvent ce que l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) fait auprès des personnes sans-domicile. Comment se fait-il qu'un type d'intervention inacceptable socialement auprès des personnes ayant un domicile fixe soit légitime auprès des personnes vivant dans les circuits de rue ?

Depuis la création de la psychiatrie, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, celle-ci ne peut légitimement intervenir qu'auprès des personnes supposées avoir des troubles psychiques présentes dans ses lieux de soin, personnes pour lesquelles une demande d'intervention a été formulée. Robert Castel (1976) décrit bien le fait qu'à sa création, la psychiatrie ne pouvait pas intervenir dans la communauté, ne contrôlait pas le recrutement de la population devant être soignée et ne maîtrisait que l'entrée et la sortie des personnes qui se présentaient à ses portes. C'est cet état des choses qui fait dire à Jean Furtos et Pierre Morcelet (2000) que la demande est la meilleure et la pire des choses pour les soignants en psychiatrie. La meilleure, « *comme antidote aux excès de l'ordre social et du pouvoir médical* » et la pire « *si son absence permet l'alibi théorique du retrait en toute bonne conscience* ». Car si la demande permet l'entrée de la psychiatrie dans les prises en charge, son absence le lui interdit ou le lui évite. Ainsi, la nécessité d'une demande pour légitimer une intervention psychiatrique régule sa participation au partage de pouvoirs avec d'autres acteurs tels que la famille, l'entourage, la police, l' élu local, le service social.

Actuellement (depuis la moitié des années 90, après le rapport Lazarus et la création des premières EMPP), une évolution est en cours qui justement fait basculer la légitimation de l'intervention psychiatrique par une demande d'intervention formulée en présence de la personne à soigner dans un lieu de soin – ce que j'appellerai légitimation par une *demande en présence* -, vers une légitimation par l'absence de la personne des lieux de soin et par sa « non-demande » - que j'appellerai légitimation par *non-demande en absence*. Ce phénomène

brouille les frontières entre les interventions légitimes (*intervention ajustée*), les interventions illégitimes (*sur-interventionnisme*), les non-interventions légitimes (*non-interventions ajustées*) et les non-interventions illégitimes (*sous-interventionnisme*). Il en résulte une grande souplesse d'intervention légitimée soit par la demande, soit par la non-demande, et il s'agit de trouver un équilibre entre les interventions et les non-interventions, pour éviter le *sur-interventionnisme* et le *sous-interventionnisme*. Etant donné que ces contours sont assez flous dans la pratique, le travail politique des acteurs, pour la définition de qui doit intervenir ou ne pas intervenir légitimement, comment, jusqu'à quel point, est au cœur des interventions, comme je l'ai illustré dans la figure 1, dans l'introduction de cette étude. La possibilité de légitimer une intervention par la non-demande entraîne un changement du rôle de la demande comme opérateur micropolitique. La demande ne serait donc plus la pire des choses, comme le disaient Jean Furtos et Pierre Morcelet, car elle ne légitimerait plus la non-intervention auprès de certains publics, mais elle cesserait également d'être la meilleure des choses, pour ce qui est de la limitation du pouvoir médical et du contrôle social.

Il est à souligner que si la légitimation de l'intervention de la psychiatrie par la *demande en présence* renforçait la spécification des équipes et de leurs interventions (demande formulée dans un lieu de soins, à des professionnels du soin), la légitimation par la *non-demande en absence* implique une despécification, dans la mesure où les rencontres se produisent dans des lieux despécifiques (« aller vers »), que l'interlocuteur s'identifie de manière despécifique et qu'il n'y a pas de demande spécifique de soin.

Ce basculement d'une forme à l'autre de légitimation des interventions en psychiatrie générale ordinaire prend de l'ampleur avec la circulaire du 23 novembre 2005, qui prévoit la mise en place de 50 Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP) sur tout le territoire Français, en plus de la vingtaine d'équipes déjà existantes. Néanmoins, les Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP) ne sont pas les seules à utiliser cette nouvelle forme de légitimation, basée sur la *non-demande en absence*, pour « aller vers » les publics et intervenir. Dans la psychiatrie, c'est le cas des équipes mobiles de crise, sectorielles ou intersectorielles, telles que l'ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise, créée en 1994), l'UMES (Unité Mobile d'Evaluation et Soins, créée en 2002) et le CAPSID (Centre d'Accueil Psychiatrique de Soins et d'Intervention à Domicile, créé en 2004). Dans le domaine de l'action sociale, c'est le cas des dispositifs pour adolescents (M. Gilloots, 2000), pour

personnes âgées, ou pour enfants victimes de violence, ainsi que d'autres publics supposés ne pas pouvoir exprimer une demande. (Rhysome, 2004, n°17 ; IGAS, 2005).

La notion de demande utilisée dans cette étude correspond à l'expression d'un souhait ou d'un besoin auprès d'un interlocuteur, de manière plus ou moins explicite, en vue d'obtenir la satisfaction de ce souhait ou besoin. On relève donc deux aspects : le fait d'éprouver un besoin ou souhait, puis le fait de s'adresser à un autre (J.L. Graber, 2000). Par ailleurs, nous allons voir que les demandes sont entendues par les acteurs « au premier degré », c'est-à-dire qu'ils n'utilisent pas de grille de lecture théorique permettant d'interpréter le discours ou les actes des usagers. Par exemple, on pourrait s'attendre à des interprétations d'inspiration psychanalytique au sens large, souvent utilisées dans d'autres domaines, y compris par les travailleurs sociaux. Ces références sont absentes de ce terrain, autant dans l'interprétation des demandes ou des refus que dans l'interprétation des ruptures de prise en charge ou des difficultés pour passer le relais de la prise en charge à d'autres équipes. Les interprétations et décryptages des discours ou des actes des usagers, par exemple en termes intrapsychiques, sont rares et relèvent du sens commun, sans rechercher le sens caché des discours.

Dans ce chapitre, il s'agit d'abord de comprendre le rôle de la demande d'intervention<sup>1</sup> en tant que légitimateur des actions en psychiatrie ordinaire. Ensuite, il s'agira de comprendre le rôle de la non-demande en tant que légitimateur des actions de l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP), à partir d'arguments issus des dispositifs sociaux prévus pour les personnes en situation de rue, arguments selon lesquels la demande, ou plutôt son absence, est un élément constitutif de la définition de cette population : « ceux qui ne demandent (plus) rien ».

---

<sup>1</sup> Par intervention, j'entends un large éventail d'actions : un entretien, une évaluation, une information, une écoute, une orientation, une hospitalisation, une prescription, une proposition de prestations (café, repas, douche, vestiaire...), un contact, etc.



## 1. La demande comme légitimateur de l'intervention en psychiatrie générale ordinaire<sup>1</sup>

Il est possible d'affirmer que la psychiatrie générale ordinaire n'intervient légitimement qu'à partir d'une demande d'intervention de la part de l'utilisateur ou de son consentement<sup>2</sup>, sauf dans des cas exceptionnels, prévus par la loi, dans lesquels c'est la demande d'un tiers qui légitime l'intervention. Et pour que cette demande puisse légitimer l'intervention, elle doit être exprimée dans un lieu de soin et en présence de la personne sur laquelle il s'agit d'intervenir (légitimation par une *demande en présence*). Pour étayer et préciser cette affirmation, je propose l'analyse de quelques situations en fonction de deux critères, qui s'articulent pour créer les conditions de légitimation d'une intervention psychiatrique ordinaire<sup>3</sup> :

- a. une **demande** d'intervention (de la part de l'utilisateur et/ou de la part d'un tiers).
- b. la **présence** de la personne supposée nécessiter une intervention dans les lieux de soins où intervient l'équipe psychiatrique concernée (la personne vient d'elle-même, sous incitation plus ou moins forte ou sous contrainte) ;

Aucun de ces deux critères ne suffit, à lui seul, à légitimer une intervention. Prenons une situation typique<sup>4</sup> : la personne est enfermée chez elle, ne sort plus depuis plusieurs jours ou semaines. Nous avons là une personne qui ne se déplace pas vers un lieu de soin et qui n'exprime pas de demande de soin, donc une situation de *non-demande en absence*. La famille ou l'entourage s'inquiète et téléphone au service de psychiatrie de secteur, qu'il y ait ou pas des nuisances pour autrui tels que bruits, odeurs, violences. Nous passons à une situation que j'appellerai *demande en absence*, c'est à dire qu'il y a une demande d'un tiers mais la personne ne se déplace pas dans un lieu de soin. Cette situation est intermédiaire entre la *demande en présence* – dans laquelle les équipes peuvent légitimement intervenir - et la *non-demande en absence* – dans laquelle les équipes peuvent légitimement ne pas intervenir.

---

<sup>1</sup> Pour le rôle de la demande comme légitimateur dans la pratique des travailleurs sociaux, voir le rapport IGAS 2005 et C. De Robertis (1995).

<sup>2</sup> Voir A. Ogien (1989, chapitre 7) à propos de la nécessité d'une demande pour entamer un travail ou, à défaut, la possibilité de le faire légitimement à partir d'une acceptation.

<sup>3</sup> Le fait que l'équipe soit légitime dans une intervention ne veut pas dire qu'elle puisse effectuer n'importe quelle intervention : par la suite, la nature et les modalités d'intervention seront à discuter.

<sup>4</sup> Ce type de situation n'arrive pas tous les jours dans les services de psychiatrie, donc il n'est pas typique par sa fréquence. Cependant, il est bien connu de tous les professionnels de la psychiatrie, il est souvent évoqué par l'entourage ou les familles de personnes suivies en psychiatrie, ainsi que dans des articles de revues professionnelles ou dans des colloques. Par ailleurs, j'ai pu l'observer lors d'une enquête précédente, dans le cadre d'un DEA.

Et elle met en évidence la nécessité de construire une légitimité à intervenir - ou à ne pas intervenir - autour de ces deux couples de variables : demande/non-demande et présence/absence. La réaction des équipes de secteur, en général, varie fondamentalement en fonction du fait que la personne soit ou non connue<sup>1</sup> des équipes concernées.

Si la personne n'est pas connue du secteur, classiquement, l'équipe propose qu'elle soit accompagnée dans un lieu de soins du secteur psychiatrique ou, à la limite, dans un hôpital général où elle pourra être vue par un psychiatre qui ensuite l'adressera à son secteur. Ce contexte fait passer la situation à une configuration de *demande en présence* qui légitime l'intervention de la psychiatrie ; car si la personne est présente, peu importe si elle est venue librement, sous incitation ou sous contrainte, ce qui compte c'est qu'elle soit présente dans un lieu de soin. Dans ce cas, ce qui compte, c'est qu'une demande soit exprimée, peu importe par qui, par la personne elle-même ou par un tiers. L'exemple de la psychiatrie de liaison le montre bien. La personne entre à l'hôpital général pour une quelconque raison autre que psychiatrique et c'est l'équipe qui l'accueille qui fait la demande d'intervention à la psychiatrie, avec ou sans l'accord du patient. Et le professionnel de psychiatrie peut légitimement intervenir car il est toujours dans la configuration *demande en présence*. Il suffit, donc, de faire venir la personne dans un service de soin quelconque et qu'une demande de soin soit formulée par quelqu'un pour que l'intervention psychiatrique soit légitime.

Cependant, les choses ne sont pas toujours aussi simples, car souvent le tiers de notre situation typique argumente que la personne n'accepte pas de sortir de chez elle et encore moins d'aller dans un lieu de soin. Nous avons bien une demande, celle du tiers, mais pas la présence de la personne en question dans un lieu de soin. La réponse du service, toujours dans un cas classique, c'est qu'elle ne peut pas intervenir et qu'il faut attendre que la situation se dégrade suffisamment pour configurer une situation de crise, avec la notion de danger pour la personne elle-même ou pour autrui ou éventuellement celle de trouble de l'ordre public, pour que la police intervienne. Celle-ci accompagnera la personne à un lieu de soin où une demande de soin sera formulée, par le préfet de police, en l'occurrence, ce qui établit la

---

<sup>1</sup> Il est difficile de préciser ce que « connue du secteur » veut dire. Je emprunte cette expression aux professionnels de psychiatrie rencontrés dans mon exercice professionnel et au cours de cette enquête. J'aurai pu utiliser la notion de « personne sectorisée », qui est utilisée par les acteurs et qui est aussi une catégorie administrative, donc plus facile à préciser. Mais elle n'est pas opérationnelle pour mon analyse, car la personne peut être sectorisée et considérée non connue du secteur lorsque, par exemple, elle a juste été hospitalisée pendant quelques jours, ou qu'elle a été en consultation une ou deux fois.

situation de *demande en présence*. Ou bien le médecin généraliste vient à domicile, fait un certificat constatant la nécessité de soins immédiats et fait en sorte que la personne soit transportée vers un lieu de soin. Donc aucune intervention psychiatrique ne sera accomplie auprès d'une personne non connue de l'équipe si une demande de soin n'a pas été formulée en sa présence dans un lieu de soin<sup>1</sup>. D'une certaine façon, si la personne ne vient pas vers la psychiatrie, au moins pour un début de prise en charge, la psychiatrie ordinaire ne va pas vers la personne. Cette assistante sociale (35 ans et travaillant en psychiatrie depuis 7 ans) décrit cette situation classique :

*« Après, intervenir pour une personne qu'on connaît pas mais qui a besoin de soins ... jusqu'à présent, la pratique du CMP était de dire non, on n'intervient pas. Parce qu'on ne connaît pas la personne. Ce qu'on propose c'est qu'ils envoient un courrier à la personne. On le fait pour les personnes qu'on connaît bien et dont on connaît aussi la réaction, le comportement, pour qui on peut prévoir quel comportement va susciter notre visite à domicile. On sait qu'il n'est pas paranoïaque, qu'il n'est pas trop persécuté donc on sait que notre visite à domicile ne va pas occasionner chez lui des troubles du comportement. Je pense que c'est aussi pour ça que les infirmiers et les médecins ne veulent pas faire d'emblée une visite chez des gens qu'on connaît pas, parce qu'on ne connaît pas la pathologie, le trouble que la personne peut présenter. Parfois ça peut faire l'effet inverse. C'est à dire que ne nous connaissant pas, la personne nous voit débarquer chez elle et peut le vivre de manière intrusive, persécutrice et après ça va être en notre défaveur. Ça va se retourner contre nous. Au moment où la personne aura vraiment besoin de nous, comme soignants, elle nous aura repérés comme persécuteurs. C'est pour ça qu'on ne se met pas à cette place là et qu'on préfère que la personne accède aux soins par un autre moyen. C'est-à-dire que si la famille nous appelle pour nous faire un signalement, d'accord, mais nous, le signalement... on va en parler en réunion, on va proposer à la personne de venir, on va peut-être dire à la famille : « voilà, vous nous avez fait un signalement, mais il faut que la personne elle-même se déplace au CMP ». Donc la famille, on a des patients qui ont du mal à venir au CMP, ils peuvent venir accompagnés, par*

---

<sup>1</sup> Il est intéressant de remarquer qu'une équipe mobile de crise, comme le CAPSID, prévue pour intervenir à domicile, va d'abord essayer de faire venir la personne dans un lieu de soin et se déplacera au domicile seulement en dernière ressource (A. Pinelli, 2006).

*la famille, par un autre travailleur social, d'une association, ou par un bénévole. Il faut que la personne se fasse accompagner par quelqu'un. Et là, accompagnée par un proche ou un travailleur social, on reçoit la personne et on propose quelque chose : un rendez-vous avec un médecin... Il vaut mieux que l'accroche au CMP se fasse autrement que par une visite à domicile qui peut mal se passer et là on ne sera plus là comme soignant. Les médecins disent aussi, parfois, à la famille, c'est malheureux à dire, mais ils disent qu'il vaut mieux attendre un peu que votre fils ou fille aille un peu plus mal, pour qu'il soit hospitalisé. Attendez qu'il y ait des troubles plus importants, par exemple, que la personne soit chez elle et que les voisins se plaignent de troubles du voisinage, attendez que les voisins se plaignent et malheureusement que la police intervienne et à ce moment là, si la personne ne se calme pas, si les troubles persistent, à ce moment-là elle sera hospitalisée. Et là, en HO, on pourra commencer à s'occuper de sa situation et on pourra commencer ; des fois on est obligé de passer par ce circuit-là, par l'HO ou par l'HDT. Mais aussi, la personne peut venir en HL<sup>1</sup>, éventuellement accompagnée par quelqu'un. »*

En revanche, si la personne en question est connue de l'équipe de secteur, les choses se présentent tout à fait différemment. Par exemple, si dans notre situation type on remontait dans le temps, on pourrait apprendre, de façon tout aussi typique, que cette personne était suivie par le secteur depuis un certain temps et que pour une quelconque raison elle ne venait plus à ses rendez-vous avec le psychiatre ou à ses activités au CATTP<sup>2</sup>. On pourrait apprendre également qu'à l'occasion de cette rupture de prise en charge, l'équipe lui a adressé un ou deux courriers pour l'inviter à prendre contact, mais face au silence de la personne, l'équipe a décidé de respecter ce qu'elle a considéré comme l'expression de son choix de ne plus s'adresser à ce service. Autrement dit, la situation était passée d'une configuration de *demande en présence* à celle de *non-demande en absence*, voire de refus. Cependant, lorsqu'un tiers fait appel au service, et que la situation se caractérise par cette configuration intermédiaire de *demande en absence*, l'équipe peut faire référence à un moment antérieur dans lequel la personne était dans un lieu de soin et une demande d'intervention a été

---

<sup>1</sup> CMP (Centre Médico-Psychologique) ; HO (Hospitalisation d'Office) ; HDT (Hospitalisation à la demande d'un Tiers) ; HL (Hospitalisation Libre. Pour tous les sigles, voir glossaire dans l'annexe 1.

<sup>2</sup> CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

formulée. Il s'agit là d'une situation interprétée comme étant de *demande en présence*, qui autorise l'équipe à intervenir, dans une continuité de prise en charge.

Je passerai rapidement sur la caractérisation que les usagers et les intervenants font des interventions, qui pose la question de savoir si la personne demande ou donne son accord pour des actes qui lui sont proposés comme des soins mais qu'elle interprète autrement. La personne peut être d'accord pour venir à un atelier de peinture au CATTP mais non pas pour soigner sa psychose, alors que le psychiatre lui prescrit l'atelier peinture comme un soin pour sa psychose : une activité thérapeutique. Il semblerait en effet que les personnes qui bénéficient de visites à domicile parlent souvent de ces rencontres comme de visites tout court et non pas comme des soins. Il n'est pas rare d'ailleurs qu'elles parlent de leur présence à l'hôpital de jour ou au CATTP ainsi que des activités réalisées comme un moment pour sortir de chez soi, pour passer le temps, pour s'occuper et plus rarement comme de soins (W. Araque, 2003 ; L. Velpry, 2006)<sup>1</sup>. A la limite, ce qui est entendu par les soignants comme des soins, est traduit par les usagers par « ça fait du bien ». Le fait de parler de soi ou de participer à certains ateliers, notamment avec des approches corporels et/ou artistiques, « ça fait du bien ». Ils peuvent dire que c'est thérapeutique, comme on peut dire couramment que nager ou chanter est une thérapie : « ça fait du bien ». Donc les rencontres entre les usagers et les équipes de psychiatrie ne sont pas toujours entendues comme de soins par les usagers. Ainsi, ceux-ci peuvent demander ou donner leur accord à une rencontre et non pas forcément à des soins. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle je vais utiliser le terme intervention, qui peut englober les différentes conceptions que les acteurs ont de la chose demandée ou proposée. Malgré ces différences d'interprétation sur la nature de l'intervention, lorsqu'une personne vient au lieu de soin et participe plus ou moins aux interventions proposées, il est considéré que sa présence dans le lieu de soin vaut demande de soin et légitime les interventions.

Ainsi, après la rupture de prise en charge qui a basculé de la situation de *demande en présence* à celle de *non-demande en absence*, la nouvelle demande des tiers réactive en quelque sorte la situation antérieure, de *demande en présence*, même s'il s'agit ici d'une situation intermédiaire, de *demande en absence*. Dans le cadre de la continuité de cette prise en charge, l'équipe peut réessayer de contacter la personne et la faire venir dans le service. Si cela ne

---

<sup>1</sup> Cela se vérifie aussi ailleurs qu'en psychiatrie, comme le montrent M. Bessin et M.H. Lechien (2004) pour les soins somatiques en prison.

fonctionne pas, l'équipe peut aller sur place et, si la porte reste fermée, en fonction du contexte, solliciter l'intervention de la police pour l'accompagner et entrer dans le domicile. Toutes ses interventions sont donc légitimées par une prise en charge précédente, par référence à une situation antérieure de *demande en présence*<sup>1</sup>.

Cependant, cette légitimité à « aller vers » un usager, à partir d'une demande formulée en sa présence dans un lieu de soin, n'est pas illimitée. Comme je l'ai dit, au cas où la personne est connue de l'équipe mais ne demande plus son intervention, qu'elle l'exprime explicitement ou par son absence à ses rendez-vous ou par sa porte fermée lors des visites à domicile, l'équipe n'insistera pas, en dehors éventuellement d'un courrier envoyé à la personne ou d'un appel téléphonique pour lui proposer un autre rendez-vous. On peut résumer en disant que si la personne est présente à ses rendez-vous, l'équipe considère qu'elle est demandeuse d'une intervention de sa part, ce qui l'autorise à intervenir (*demande en présence*)<sup>2</sup>. Et inversement, si elle n'est pas présente à ses rendez-vous de manière réitérée, c'est qu'elle ne demande pas que l'équipe intervienne, voire qu'elle le refuse, donc l'équipe ne peut pas s'autoriser à intervenir auprès de cette personne (*non-demande en absence*). Dans ce cas, quand bien même l'entourage demande une intervention de l'équipe, celle-ci n'intervient que très rarement. Si elle le fait, notamment en situation d'urgence, l'intervention sera légitimée en référence à la prise en charge antérieure, qui configurerait une situation de *demande en présence*. A l'inverse, pour les personnes qui ne sont pas connues de l'équipe du secteur, même en à la demande de l'entourage, les interventions ne peuvent pas être légitimées car il n'est pas possible d'évoquer une *demande en présence* antérieure.

On pourrait considérer que la demande n'est pas un légitimateur mais juste un déclencheur de l'intervention, une manière opérationnelle de les organiser, du fait que c'est elle qui permet de savoir où se trouve le besoin d'intervention. Néanmoins, nous avons vu que même dans les situations où l'intervenant sait qu'une personne nécessite des soins et même si la personne est présente dans des lieux de soins, il n'intervient pas sans qu'il y ait une demande, ce qui est un

---

<sup>1</sup> Les cas de rupture de prise en charge seront traités en détail dans le chapitre 9, où il sera question de savoir jusqu'à quel point les équipes psychiatriques peuvent légitimement chercher à rétablir un contact avec une personne perdue de vue. Là aussi un des critères pour déterminer la conduite de l'équipe est le fait que la personne soit ou pas connue de l'équipe.

<sup>2</sup> Cela a été clairement exprimé par certains membres de l'EMPP concernant l'item « qui demande l'intervention » de la fiche d'intervention qu'ils doivent remplir. Je leur ai demandé dans quel contexte ils notaient « patient » et une des réponses était : « s'il vient au rendez-vous fixé, c'est qu'il est en demande ». Je vais y revenir dans ce chapitre.

argument important pour montrer la fonction de la demande en tant que légitimateur de l'intervention. Car si la présence de la personne dans un lieu de soin garantit concrètement les conditions pour que les psy puissent intervenir sur elle, l'intervention n'est pas légitime sans qu'il y ait une demande<sup>1</sup> en plus de la présence.

Ainsi, la question reste entière de savoir comment légitimer une intervention - ou une non-intervention - sur les personnes qui ne s'adressent pas ou peu aux institutions mais qui ont visiblement besoin d'interventions de la part des professionnels de la santé et du social. J'utilise le terme « visiblement » non seulement pour l'évidence du besoin, mais aussi pour évoquer des personnes qui sont exposées visuellement à ceux qui disent identifier ces besoins lorsqu'elles vivent dans la rue et qu'elles font un usage privé des lieux publics. Pourtant rien n'autorise les professionnels à intervenir, sauf une urgence vitale, car il s'agit d'un contexte de *non-demande en absence*. Et pourtant « on ne peut pas les laisser comme ça »<sup>2</sup>. Pour sortir de cette impasse, les dispositifs sociaux ont trouvé une manière de légitimer l'intervention en l'absence et justement par l'absence de demande.

---

<sup>1</sup> Ceci est très frappant dans les situations, non rares, où l'on transforme une HL (hospitalisation libre) en HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) : la personne est hospitalisée en HL (donc présente dans un lieu de soin et, d'une certaine façon, demandeuse d'intervention) et décide de quitter l'hôpital (donc plus de demande d'intervention) ; le médecin estime qu'elle nécessite encore des soins mais ne peut pas intervenir en l'absence de demande. Pour en obtenir une, il met en place une HDT en faisant agir comme tiers un administrateur de l'hôpital ou une assistante sociale. La procédure dite de « péril imminent » rend l'opération plus facile car elle permet que le directeur de l'établissement prononce l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Ainsi l'intervention est légitimée par la demande d'un tiers et par la présence de la personne dans un lieu de soin.

<sup>2</sup> On pourrait supposer que le « aujourd'hui on n'a plus le droit ni d'avoir faim ni d'avoir froid » de la chanson des Restos du Cœur s'étendrait aux soins et signifierait qu'on n'a plus le droit de ne pas se soigner lorsqu'on est malade et, surtout dans le cas de certaines maladies, comme la tuberculose et les maladies mentales.

## 2. L'absence de demande comme légitimateur de l'intervention des équipes sociales de rue

Nous allons voir maintenant comment la définition de la population en situation de rue comme « ceux qui ne demandent (plus) rien » légitime l'intervention par la *non-demande en absence*. Et aussi comment, à partir de l'amalgame<sup>1</sup> entre demande et présence, cette définition permet la légitimation de l'intervention justement par l'absence de la personne dans les lieux de soin. Cela se fait à partir d'une nouvelle modalité d'intervention, l'« aller vers », qui nécessite de nouveaux dispositifs pour être mise en place : les équipes mobiles que j'ai appelées les équipes sociales de rue.

### 2.1 – La demande comme définition d'une population : « ceux qui ne demandent (plus) rien »

Les tentatives de définition ou de catégorisation de la population en situation de rue sont multiples et toutes plus ou moins insatisfaisantes, comme nous avons vu antérieurement. Je ne reprends pas cette discussion mais, pour mettre en évidence la construction d'une légitimation de l'intervention par la *non-demande en absence*, il est essentiel d'analyser la façon de caractériser cette population comme « ceux qui ne demandent (plus) rien ». Cette caractérisation est souvent présente, ne fût-ce qu'en filigrane, quand on parle des personnes en situation de rue. Ainsi, je vais d'abord montrer la forte présence de cette définition de la population. Ensuite, il s'agira de relativiser cette caractérisation, en montrant que ces personnes demandent plusieurs choses, puis d'analyser comment, malgré cela, elle reste opérationnelle pour créer des services et pour légitimer des interventions à partir de l'absence de demande.

Pour commencer, je vais reprendre les quatre phases de la désocialisation qu'Alexandre Vexliard (1998) a décrit pour rendre compte de la formation de la personnalité du clochard. Ceci me permettra de montrer comment leur caractérisation comme « ceux qui ne demandent (plus) rien », à l'origine restreinte aux plus désocialisés, s'étend progressivement à toute la

---

<sup>1</sup> Cet amalgame est aussi présent dans la psychiatrie ordinaire et est particulièrement visible par la déduction de la demande d'intervention par la présence de la personne aux rendez-vous fixés, comme je viens de le montrer.



population en situation de rue. Selon A. Vexliard, la première phase est celle de l'« agression », déclenchée par un événement plus ou moins brutal ou grave. Dans cette phase, l'individu essaie de rétablir son existence habituelle et rejette le nouveau contexte, auquel il ne considère pas appartenir et qui lui semble accidentel et provisoire. Dans une deuxième phase, dite « régressive », l'individu commence à considérer son ancien contexte comme hostile et étranger, alors que jusque là il lui semblait bienveillant et familier, et le contexte actuel devient « *l'unique et inévitable réalité* ». Au cours de la troisième phase, que l'auteur appelle « fixation », s'engage une rupture avec le passé et une installation dans le nouveau mode de vie dans lequel il apprend à évoluer ; cependant, à ce stade, l'individu ne se sent pas appartenir ni au monde ancien ni au nouveau. Enfin, la quatrième phase :

*« La quatrième phase, celle de la résignation, par rapport au monde ancien, est aussi celle de la valorisation du monde nouveau. C'est à ce stade où domine la formule « rien à faire », que l'on rencontre aussi le clochard considéré comme classique, vivant en paix avec lui-même, 'philosophe', 'libertaire', content de son sort, qui a acquis même la fierté de son état, décidé à rester clochard jusqu'à la mort. (...) Cette transformation intérieure, qui touche les fondements même de la personnalité, lui a permis de liquider ses conflits, de trouver des voies nouvelles d'adaptation, d'harmonie relative et d'équilibre intérieur. L'auto-approbation devient une condition vitale de cet équilibre, gage de survie. » (p. 421)*

Ainsi, si dans la première phase la personne a pour objectif de retourner à sa vie habituelle, elle peut s'adresser à des institutions pour demander ce qu'il lui manque pour y parvenir : un travail, un logement, des soins, par exemple<sup>1</sup>. Lorsque, dans la quatrième phase, la situation de rue lui semble être la sienne et celle qu'elle souhaite avoir, elle demandera ce qu'il lui manque pour pouvoir continuer à mener sa vie dans ce contexte, et il ne lui faut pas grand chose. Vexliard entend aussi ce processus de désocialisation comme une « dégradation des besoins ». Il explique que les besoins sont à l'origine du développement des capacités et des possibilités d'action et, si les actions sont réussies, elles font apparaître de nouveaux besoins.

---

<sup>1</sup> Ceci est à mettre en rapport et en perspective avec les modes de fréquentation et les expériences vécues par les patients de centres de soins gratuits étudiées par Isabelle Parizot (2003). Il est également possible de se référer aux modes d'interventions sociales et les expériences vécues par les bénéficiaires, décrits par Serge Paugam (2002). Ces études montrent que les populations précaires peuvent avoir des difficultés à demander de l'aide aux institutions comme les centres d'action sociale ou les centres de soins gratuits. Les populations décrites dans ces études ne sont pas forcément à la rue mais vivent des difficultés financières qui entraînent, par exemple, une impossibilité de payer ses soins.

Et, inversement, si les actions ne sont pas couronnées de succès, les besoins se dégradent, avec une dégradation conséquente sur le développement des capacités et des possibilités d'action. Ceci voudrait dire qu'au fur et à mesure que les démarches entamées dans la première phase piétinent, l'individu aurait tendance à éprouver de moins en moins de besoins et donc, à demander de moins en moins.

Cependant, si Alexandre Vexliard parle d'une dégradation progressive à la fois des besoins et des efforts de retour à la vie habituelle de l'individu, il montre en même temps un changement des besoins et une adaptation à ce nouveau mode de vie, qui nécessite un effort assez important. Autrement dit, on pourrait lire la description d'A. Vexliard seulement comme celle d'une série de pertes, alors que l'auteur montre en parallèle une série d'acquisitions nécessaires à la nouvelle vie de l'individu. J'avais défini la demande, au début de ce chapitre, à partir de deux critères, celui du besoin et celui de son expression auprès d'autrui. Ainsi, si l'on considère que le processus de dégradation des besoins est la marque de la désocialisation, on en vient à considérer celle-ci comme un processus de dégradation de la demande. Stéphane Rullac (2006) montre comment, d'après Patrick Declerck (2001), ce rapport à la demande construit la caractérisation de cette population, toujours en considérant la figure extrême du « grand clochard » :

*« Dans sa théorie, la trajectoire d'un SDF représente une dégringolade sociale, psychique et physique qui peut être résumée dans un processus de désocialisation. La notion de désocialisation la plus totale est incarnée par la figure du « grand clochard », qui est tellement diminué qu'il n'est plus en mesure de demander quoi que ce soit. Cette conception considère ce processus comme une soustraction progressive qui crée un individu en état de quasi-mort sociale et culturelle. »*  
(p.27)

Cette même conception apparaît dans la description que Xavier Emmanuelli fait de cette population :

*« Un clochard ne demande plus rien, n'attend plus rien. Il ne vit pas d'événements, il ne se situe pas dans le temps. Quand chaque jour ressemble à chaque jour dans la vacuité d'une perpétuelle misère, que veut dire le temps ?*

*Quand on interroge son passé et que l'on envisage le futur sans que l'on rencontre la moindre espérance, que veulent dire ces mots projet ? insertion ? amitié ? que veut dire le sens ? Une vie de clochard, pour ne pas souffrir, est une vie où il ne se passe rien, où il ne peut rien se passer, où il ne doit rien se passer. C'est un éternel présent gris où l'on n'a même plus de corps, car qui dit corps dit souffrance. » (X. Emmanuelli in A. Vexliard, 1998, p.7)*

Cette absence de demande a été observée et décrite par Patrick Declerck (2002) et par Xavier Emmanuelli (2003) qui ont travaillé longtemps auprès de personnes considérées très désocialisées. Ils ont notamment observé la présence de plaies graves chez des personnes qui ne demandaient pas de soins pour autant<sup>1</sup>. Encore dans les mots de X. Emmanuelli (2003) :

*« On les appelle les grands exclus. Ils ont tellement perdu le contact avec le monde que le délabrement tragique de leur corps ne suscite chez eux ni affolement ni inquiétude. Ils peuvent présenter des lésions effarantes, des plaies monstrueuses, et ne jamais s'en préoccuper. Ils ne demanderont rien. » (p. 15)*

On voit donc à quel point est récurrente la caractérisation de cette population à partir de leur rapport à la demande. Mais c'est d'abord la figure du clochard ou du « grand clochard », entendue comme l'extrême de la désocialisation, qui est concernée, puis progressivement, l'ensemble de personnes en situation de rue y est assimilé. Je peux avancer deux pistes de compréhension à cet élargissement. Une première piste, liée plutôt aux discours théoriques, serait la difficulté de définition des populations : comme il est difficile de délimiter quelle personne correspond à quelle définition (qui est clochard, qui est seulement sans-domicile, qui est grand exclu, qui est seulement précaire), une caractéristique établie pour les uns peut assez facilement glisser vers les autres. Une deuxième piste, liée au terrain cette fois-ci, c'est que les dispositifs créés pour ces grands exclus ou grands clochards finissent souvent par recevoir des personnes beaucoup moins désocialisées<sup>2</sup>. On y retrouve des travailleurs pauvres, des étudiants, bref toute l'hétérogénéité des situations qui recouvrent les notions de sans-domicile ou sans-abri. En plus, dans les discours des acteurs, il est souvent question des jeunes ou

---

<sup>1</sup> P. Declerck (2001) se dit particulièrement impressionné par le fait que les personnes chez qui il a constaté la présence de ces plaies n'avaient pas de problèmes psychiatriques, ce qui lui permet d'affirmer qu'il s'agit plutôt d'une caractéristique des clochards.

<sup>2</sup> Voir D. Fassin (2004) à propos de l'écart entre les populations pour lesquelles les services sont créés et celles qu'ils reçoivent effectivement.

autres groupes de population qui frappent les vieux clochards dans les structures d'hébergement ou d'accueil de jour, leur faisant fuir ces structures ou accaparant les places disponibles alors que ceux pour qui elles ont été créées ne peuvent plus y accéder. C'est ce que nous dit cet infirmier de l'EMPP :

*« Il y avait des gens qui n'avaient rien à faire dans l'hébergement d'urgence, ils étaient des précaires, on va dire, mais pas des exclus. Ils n'étaient pas des exclus, ils n'étaient pas fous, ils n'avaient rien à faire dans l'hébergement d'urgence, ils avaient les moyens d'aller ailleurs, ce qui a permis de faire venir un tas de gens qui restaient à la porte par manque de place, des gens qui avaient vraiment leur place dans ce type de lieu. »*

Ainsi, des structures qui ont été créées pour les personnes en phase de « résignation », parce qu'elles étaient considérées comme « ceux qui ne demandent (plus) rien », reçoivent une population plus large que celle définie au départ, et cette définition s'élargit à tout le public reçu. Autrement dit, tout se passe comme si, dès lors qu'il s'agit d'une structure pour « ceux qui ne demandent (plus) rien », tous ceux qui y sont accueillis peuvent être caractérisés par cette absence de demande. Quel que soit le processus amenant à cet élargissement, le fait est que la caractérisation établie pour les clochards est finalement attribuée à tout le public en situation de rue et ce de manière récurrente.

Seulement, sur le terrain, j'ai rencontré des personnes vivant dans les circuits de rue qui demandaient alors que, selon la définition de ces auteurs, ils ne devaient rien demander. Et ce décalage m'a intriguée. Surtout que les acteurs du terrain, qui décrivaient cette population comme ne demandant (plus) rien, côtoyaient ces situations qui semblaient démentir ou, en tout cas, relativiser leur discours. Par exemple, un infirmier raconte l'histoire d'un monsieur qu'il avait rencontré pendant presque deux ans et qui était installé sous un tunnel, à un endroit où il était très difficilement accessible : « à part moi, il ne voyait personne, il m'a dit qu'il n'avait vu personne toute la semaine ». Cependant, ce monsieur n'a pas pu passer la semaine sans rien manger ou boire. Donc soit il a été cherché à manger, soit on lui en a apporté sur place. Mais encore plus intrigant, ce monsieur avait eu sa dose de drogue et pour cela, non seulement il faut rencontrer quelqu'un pour l'obtenir, mais il faut pouvoir payer d'une manière ou d'une autre. Donc il avait des contacts, obligatoirement. Il demandait, dans le sens

où il éprouvait des besoins et où il s'adressait à d'autres pour les satisfaire ; il effectuait ne fût-ce qu'un minimum d'actes lui permettant de satisfaire ne fût-ce qu'un minimum de besoins.

Sur le terrain, les professionnels interviewés m'ont également parlé du fait que les personnes rencontrées ne s'inquiètent pas beaucoup de leur santé et ne demandaient pas de soins, même si les situations extrêmes, comme ces « plaies monstrueuses » décrites par Patrick Declerck et par Xavier Emmanuelli sont actuellement très rares<sup>1</sup>. Paradoxalement, d'après les interviewés, les personnes vivant dans les circuits de rue peuvent être assez, voire très exigeantes quant aux soins qu'on leur prodigue quand ils sont dans une structure de soin, alors qu'ils ne s'inquiétaient pas de leur plaie pendant qu'ils étaient dans la rue et qu'ils ne s'en occuperont pas plus s'ils partent du centre avant la fin des soins. Cette jeune infirmière, qui travaillait depuis trois mois dans un LHSS<sup>2</sup>, parle de sa perception de ce paradoxe :

*« Oui, ou alors il y a des gens qui vont être très exigeants au niveau des soins : « Non, le pansement vous le faites comme ça, etc. ». Ils connaissent bien les choses. Ça c'est bien parce qu'ils s'y intéressent aussi. Le sentiment que j'ai c'est qu'il y en a beaucoup, leur état de santé, ils s'en moquent. Quand on leur demande d'arrêter de boire parce que leur foie ne va pas bien, parce qu'ils ont la tuberculose et qu'ils vont avoir un traitement pendant un certain temps, ça retarde quand même les choses. Et certains nous disent : « mais je m'en fiche, moi ce que je veux, c'est boire ». Donc on a vraiment l'impression que leur état de santé ça leur est égal, qu'ils n'ont plus rien à perdre. Et d'autres au contraire vont être très exigeants et du jour au lendemain, ils vont partir, ils vont être une semaine sans avoir de soins et après ils reviennent et ils ont cette exigence. Donc c'est intéressant de voir qu'ils vont être super exigeants. Et ils sont capables pendant une semaine, voire trois semaines ou un mois de faire aucun soin et de revenir après, en disant : « Non, mais vous le faites à 10 heures au lieu de 12 heures ». C'est des petits détails, mais c'est marrant, moi je m'explique pas forcément pourquoi ils réagissent comme ça. »*

---

<sup>1</sup> Parmi les récits des équipes sociales de rue et ceux de l'EMPP, j'ai trouvé trois personnes ayant des grandes plaies. Deux d'entre eux acceptaient, voire demandaient des soins par intermittence ; le troisième ne demandait pas de soins et refusait toute proposition.

<sup>2</sup> LHSS : Lits Halte Santé Soins.

Cet extrait montre que, quel que soit le besoin éprouvé - de boire, de se soigner, d'avoir l'attention de l'infirmière, d'être à l'abri ou d'avoir sa liberté -, les personnes peuvent exprimer des demandes, voire des exigences et ce malgré la variation, dans le temps, de la hiérarchisation des besoins : ils acceptent de se faire soigner, ils décident de partir du jour au lendemain, ils reviennent avec des exigences.

Je prends maintenant l'exemple d'un « grand clochard », d'après les Equipes Sociales de Rue, celui qui typiquement ne devrait rien demander. Et pourtant il demandait. Ce monsieur, que j'ai rencontré dans la rue avec l'EMPP, avait ce discours de la résignation décrit par Alexandre Vexliard : « pourquoi voulez-vous que je change, je suis très bien comme je suis, j'ai ma liberté, j'ai tout ce qu'il faut... ». Il avait 53 ans et vivait dans la rue depuis environ 10 ans, sans jamais avoir été en centre d'hébergement. Il était bien connu des riverains qui s'occupaient de lui et s'inquiétaient lorsqu'il perdait du poids ou parce que pendant quelques jours ils ne le voyaient pas sur son banc habituel. Il venait d'effectuer un séjour de quelques six mois à l'hôpital pour rééducation après l'amputation d'une jambe. Effectivement, il ne demandait pas d'hébergement ni de soins, mais il sortait assez facilement sa carte de la CAF et parlait avec insistance de ses soucis relatifs à ses droits. Une demande ? En quelques semaines, il a accepté d'aller en hébergement avec soins infirmiers (LHSS), où il a pu s'occuper de sa santé et de ses droits, puis d'une proposition de pension de famille, qu'il a acceptée/demandée avec beaucoup d'enthousiasme, comme j'ai pu le constater lors de notre entretien :

*« parce que je vais aller à... dans la Creuse...*

*AM : Ah vous allez à la maison relais, dans la Creuse... ?*

*Oui, je ne sais pas si ça va se faire, c'est un projet, on ne sait jamais.*

*AM : Est-ce que ça vous plaît comme idée ?*

*Ah, oui ! Parce que Edith (l'assistante sociale) a dit, on a un studio, on a un petit travail... comme c'est aménagé, une cuisine et tout, on peut faire la cuisine et tout...*

*AM : Donc ça vous dit d'y aller ?*

*Ah, oui !*

*AM : Et qui a décidé que c'était bien pour vous ?*

*C'est l'assistante sociale qui m'a conseillé, puis moi j'ai insisté pour savoir s'il y avait une place pour moi, elle m'a dit « je crois que j'ai trouvé quelque chose pour vous ». C'est là qu'elle m'a parlé de cette maison relais. »*

Ce monsieur, considéré comme un « clochard classique », avait une demande, mais n'allait pas l'exprimer auprès des institutions. Il fallait qu'on vienne vers lui pour qu'une demande puisse être exprimée. Cet exemple nous montre comment la « demande » et la « présence », liées et amalgamées dans la définition de la population comme « ceux qui ne demandent (plus) rien » peuvent être séparées. La personne peut avoir une demande et ne pas se déplacer pour l'adresser à une institution. D'ailleurs, certaines institutions sociales ne caractérisent pas cette population comme « ceux qui ne demandent (plus) rien », mais comme ceux qui ne viennent pas ou qui viennent peu vers les institutions.

Ainsi, dans les observations et les entretiens, j'ai pu constater que toutes les personnes rencontrées demandaient quelque chose, peut-être pas à la première rencontre, mais au fil des rencontres successives. Peut-être qu'ils ne demandent pas de soins pour leurs plaies mais ne pas demander de soins ne veut pas dire ne rien demander. Puis il y a des raisons pour ne pas demander de soins pour ces plaies, par exemple, tant qu'on a une belle « plaie monstrueuse », les équipes passent, proposent l'hébergement avec soins infirmiers et si la personne accepte, elle peut rester plusieurs semaines hébergée. Certains usagers sont même soupçonnés par les équipes des LHSS de quitter le centre juste avant que la plaie ne guérisse, pour qu'elle s'infecte à nouveau et qu'ils puissent refaire un séjour de plusieurs mois dans les centres.

Dans ce cas, la plaie serait un moyen de garantir un hébergement<sup>1</sup>. Autrement dit, le refus serait une façon de satisfaire sa demande sans demander. En dehors de la demande de soins, ils demandent d'autres choses, par exemple de l'argent (ils font souvent la manche) et nombreux sont ceux qui demandent de l'hébergement : ceux qui font le 115, par exemple. Mais il reste ceux qui ne font pas le 115, pour des raisons diverses d'ailleurs, pas forcément parce qu'ils n'ont pas de demandes ou parce qu'ils ne sont pas capables de demander, car parfois ils utilisent d'autres stratégies pour obtenir ce qu'il leur faut sans passer par le 115<sup>2</sup>.

Effectivement, vivre dans les circuits de rue, et plus particulièrement dans la rue, n'est pas une situation passive, elle est forcément active, sinon la personne meurt en peu de temps. Seulement, les actes (ou si l'on veut, le travail) permettant de (sur)vivre dans la rue sont différents du travail qui permet de vivre dans un logement. C'est-à-dire que, tous les jours, il faut trouver un endroit pour dormir, en centre d'hébergement ou dans la rue, il faut trouver de quoi se nourrir, connaître les trucs de la vie à la rue, enfin, tout ce qui a déjà été décrit sur le mode de vie, dans ces contextes, par des travaux en sciences sociales, par des journalistes, par des professionnels de la grande exclusion et par les personnes concernées elles-mêmes. La vie de ces personnes ne peut donc pas être comprise uniquement comme une succession de pertes de codes et de capacités mais plutôt comme un processus de changement entre les attitudes qui permettaient de vivre dans un contexte et ce qu'il faut apprendre pour pouvoir vivre dans un autre contexte, comme nous l'avons vu avec Alexandre Vexliard (1998). Donc il faut bien que ces personnes se débrouillent, qu'elles demandent un certain nombre de choses, qu'elles mettent en place des stratégies pour (sur)vivre d'une manière ou d'une autre.

Et parfois, la seule chose que demandent ces personnes est qu'on les laisse tranquilles, malgré leurs problèmes psychiques, somatiques, le froid et la violence, etc. Et c'est parfois ce qui

---

<sup>1</sup> Voir à ce sujet D. Memmi (2002) qui parle de « la ruse du faible » : l'affichage public du corps carencé comme une tactique possible de survie. Voir aussi la notion d'« affichage du stigmaté » de E. Goffman (1975).

<sup>2</sup> Voir en S. Rullac (2006) les stratégies des personnes vivant à la rue pour l'obtention de services sans demander car elles savent que si elles demandent, elles ne les auront pas. Il cite l'exemple de certains sans abri qui arrivent à convaincre des riverains de les signaler au 115, ce qui entraîne le passage obligatoire d'une équipe dans la soirée, avec souvent une proposition d'hébergement. Alors que les places distribuées au 115 aux sans abri qui téléphonent eux-mêmes sont souvent épuisées dès le matin. Concernant ces stratégies, V. Gaulejac et I.T. Léonnetti (1994, p.211) cités par D. Memmi (2002) affirment que : « le sujet intériorise en apparence l'identité négative (qui lui est imposée), il accepte en tout cas le statut qui lui est proposé (celui d'assisté par exemple, ou de mendiant ou de clochard) mais il joue à être celui qu'on attend qu'il soit. Ce rôle lui permet d'obtenir des avantages (aides, allocations, aumônes...) tout en prenant ses distances, en faisant comme s'il n'était pas celui qu'il joue à être... ». Dominique Memmi (2002) utilise la notion de « darwinisme inversé » selon laquelle ce sont ceux qui exposent plus de manques et besoins physiques qui s'en sortent le mieux, notamment pour faire la manche.



coûte le plus aux équipes<sup>1</sup> : « on ne peut pas le laisser comme ça ! ». Donc on dit qu'ils ne demandent rien, mais ils demandent. Comme le dit Charles Alezrah (2002), la demande :

*« Elle apparaît parfois étrangement absente dans des situations de souffrance extrême. Mais inintelligible serait plus juste qu'absente. C'est le cas de beaucoup de psychotiques bien sûr, mais également de certains sujets en situation de précarité » (p.2)*

Cette différence entre ne pas comprendre la demande et en conclure par son absence est aussi constatée par Vincent Girard et al. (2006), à propos de cette même population :

*« En effet, (ces personnes) sont souvent décrites comme méfiantes, et les professionnels ont souvent du mal à percevoir quels besoins elles expriment, concluant à tort qu'elles n'en expriment pas, alors même que si elles refusent les soins, c'est aussi parce qu'elles sont démoralisées et découragées. » (p.77)*

J'espère avoir démontré que la caractérisation des personnes en situation de rue comme « ceux qui ne demandent (plus) rien » est très prégnante, alors même que, d'une certaine manière, ces personnes ont souvent des demandes, d'ordre divers, qu'elles expriment chacune à leur manière, à leur rythme, même si certaines ne vont pas forcément exprimer leur demande auprès des institutions. Il importe donc de relativiser l'affirmation selon laquelle elles ne demandent rien. Ce qui est possible de dire c'est qu'elles ne viennent pas vers les institutions. Il est aussi possible de dire qu'elles ne demandent pas toujours ce pourquoi les institutions existent.

Cependant, une définition de la population fondée sur leur absence des institutions ne légitime pas une intervention en l'absence de demande. Autrement dit, une intervention légitime basée sur l'absence serait le déplacement des intervenants mais uniquement à partir d'une demande. C'est seulement en définissant les personnes comme « ceux qui ne demandent (plus) rien », que les interventions peuvent être légitimées en l'absence de demande. Ainsi, l'amalgame entre demande et présence permet la création et la légitimation de services qui se déplacent

---

<sup>1</sup> Voir R. Castel (2003), ainsi que A. Lazarus (2004) sur l'envie d'intervenir.

vers les personnes en l'absence de toute demande (des services d' « aller vers »), comme nous allons le voir plus tard dans ce chapitre.

La définition de cette population ainsi construite, à partir de son rapport à la demande, implique qu'on intervienne auprès d'elle en fonction de cet aspect précis. Comme leur caractéristique est, d'après cette définition, de ne pas demander, il serait inutile de les attendre dans des services où des intervenants de tout type pourraient les accueillir, avec rendez-vous ou même en accueil libre : ils ne viendraient pas. Dans ce contexte, il serait aussi illégitime d'attendre une demande pour intervenir comme cela le serait pour une personne dans le coma : dans les deux cas, la personne est dans l'incapacité de demander une intervention<sup>1</sup>. Il devient donc légitime d'intervenir auprès de cette population en l'absence de demande. Plus que cela, il est illégitime de ne pas intervenir dans ce contexte, avec l'argument de l'absence de demande. Et c'est par l'amalgame entre ne pas demander et ne pas venir vers les institutions, que certains dispositifs ont été créés, comme nous allons le voir ensuite.

## 2.2 - Les dispositifs d'« aller vers » créés pour « ceux qui ne demandent (plus) rien » : légitimation par *non-demande en absence*.

A côté des structures proposées aux personnes en situation de rue - du type centre d'hébergement, accueil de jour, consultations médicales spécifiques - plusieurs institutions ont créé, depuis une quinzaine d'années, des dispositifs qui ont pour but d'« aller vers » les personnes qui se trouvent dans la rue et leur proposer des prestations allant de la nourriture à des couvertures, en passant par un moment de conversation pour « créer du lien ». Et, plus récemment, il ne s'agit pas de simplement garer son camion au milieu de la place et attendre que les personnes viennent chercher la soupe, les soins ou autre chose<sup>2</sup>. Selon ces institutions, il faut aller là où les personnes se sont installées, voire là où elles se sont cachées, justement

---

<sup>1</sup> Je reprends ici la comparaison d'un psychiatre d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité.

<sup>2</sup> Ce type de fonctionnement est un moyen d'approcher les gens, un « aller vers » qui « fait venir », car les gens doivent quand même faire le chemin entre là où ils sont et l'endroit où les intervenants se trouvent, même si ce chemin a été extrêmement réduit. En d'autres termes, ce n'est pas l'intervenant qui va interpeller la personne là où elle se trouve, il se met à disposition de manière à faciliter l'accès, mais c'est encore la personne qui doit « venir vers », ce qui permet de reconstituer une situation de *demande en présence*. Les Restos du Cœur offrent un exemple de ces différents niveaux de services d' « d'aller vers » et de « faire venir » : ils ont des distributions de repas dans des lieux fixes, comme des restaurants, mais aussi des distributions itinérantes dans des véhicules qui s'installent dans la rue à des points pré-établis et enfin, ils ont les « maraudes », qui vont jusqu'à interpeller les personnes individuellement là où elles se trouvent pour leur proposer un repas.

parce que le public qui intéresse ces services est défini par leur non-recours aux services<sup>1</sup> ou par leur non-demande, même si ces services ne sont pas très loin. Les équipes doivent aller les trouver, par exemple, sur un banc, dans une tente ou sous un tunnel, comme dans le récit de l'infirmier sur l'homme qui n'avait vu personne, à part lui, pendant toute la semaine. Ce type de récit est souvent utilisé pour illustrer la nécessité d'« aller vers » ces personnes pour qu'elles ne soient pas abandonnées à leur propre sort<sup>2</sup>, à légitimer des interventions à partir de l'absence de demande et de l'absence de la personne dans les services.

C'est ainsi que diverses équipes – professionnelles et/ou bénévoles – tournent dans les rues de Paris, surtout pendant la nuit, à pied ou en voiture et couvrent un territoire plus ou moins large. Ce travail, appelé maraude ou tournée de rue, est mené par exemple par les Restos du Cœur, la BAPSA<sup>3</sup>, les Captifs la Libération, Emmaüs, Médecins du Monde<sup>4</sup>, le Secours Populaire Français, la Croix Rouge et le Samu social de Paris. Les Equipes Mobiles d'Aide (EMA) du Samu social de Paris sont composées de professionnels salariés : infirmiers, travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés ou assistants sociaux) et chauffeurs. Elles ont pour but d'« aller vers » « ceux qui ne demandent (plus) rien », qu'ils aient été signalés au 115 par un particulier ou qu'ils soient rencontrés aux hasard. Selon le site internet de cette institution :

*« Les équipes travaillent selon deux méthodes différentes : le signalement et la maraude. Régulièrement, chaque équipe est amenée à exercer ces deux méthodes durant la nuit. Les équipes mobiles d'aide sont gérées par un régulateur présent à la base et qui suit les mouvements des véhicules et distribue les places d'hébergement disponibles en temps réel. »*

---

<sup>1</sup> La création d'équipes mobiles pour atteindre des populations qui ne viennent pas vers les services n'est pas tout à fait nouveau, notamment dans le domaine de la santé. Il est possible de citer, par exemple, des expériences en Afrique dans les années 30 (J.-H. Ricossé et J.-A. Husser, 1982) ou en Chine (J. Morichau-Beauchant, 1973). Il est important de souligner que ces expériences n'ont pas eu besoin de créer un amalgame entre présence et demande, ils ne se sont pas occupés de la question de la demande, peut-être parce qu'il s'agissait souvent de mesures de prévention. Ils se sont juste occupés du facteur présence, du fait que les personnes ne venaient pas vers les services. Il s'agit d'interventions en milieu rural.

<sup>2</sup> La Charte Ethique & Maraude (2008) le proclame : « Notre devoir de non-abandon ».

<sup>3</sup> BAPSA : Brigade d'Aide aux Personnes Sans Abri.

<sup>4</sup> Selon le site de Médecins du Monde : « en 1993 : 21 programmes de la Mission France, dont 1 seul programme mobile allant à la rencontre des plus exclus. En 2006 - 2007 : 80% des actions sont des programmes mobiles permettant aux équipes de soigner les plus démunis. (...) Notre grande évolution a consisté à sortir des centres de soins pour aller vers les plus menacées et les plus exclus, souligne Nathalie Simonnot. »

*Le signalement : des associations, des institutions (commissariats, pompiers, hôpitaux) ou des particuliers appellent le 115 pour signaler à une équipe de nuit une personne sans abri : trottoir, angle de rues, cage d'escalier, porche, etc.*

*La maraude : les équipes de nuit sillonnent lentement la zone attribuée dans Paris (1 à 3 arrondissements) afin de rencontrer les personnes les plus exclues, celles qui ne demandent pas de secours. »*

Stéphane Rullac (2004) montre que, dès que les EMA estiment que la personne est capable de demander, par exemple de faire le 115 elle-même ou d'aller à l'institution faire faire ses soins d'elle-même, celle-ci ne fait plus partie de son public et ces prestations ne lui sont plus proposées. C'est ce que l'auteur appelle le « donjuanisme ». Si bien que moins l'utilisateur demande et plus il se montre réticent à accepter un hébergement, par exemple, plus on le lui propose. Et au contraire, plus il demande, moins il l'obtient<sup>1</sup>. L'intervention de ces équipes est donc bien légitimée par l'absence de demande et illégitimée par sa présence. Il est peut-être possible d'établir un parallèle : la psychiatrie peut légitimement intervenir sans consentement quand la personne n'est pas en capacité de consentir ; le social peut légitimement intervenir sans demande lorsque, par définition, la personne n'est pas en capacité de demander<sup>2</sup>.

Cette définition de la population comme « ceux qui ne demandent (plus) rien » marque doublement l'importance de la demande pour la légitimation des interventions. D'emblée, rien que le fait de fonder la définition de la population cible sur la demande, en est une marque

---

<sup>1</sup> Livia Velpri (2006) décrit ce processus, dans le contexte de la psychiatrie, comme une phase de l'intervention qui a pour but d'accrocher l'utilisateur à l'équipe puis une deuxième phase ayant pour but de l'en décrocher. Ces deux mouvements sont mis à l'œuvre en fonction de l'évaluation, par l'équipe psychiatrique, de la capacité de l'utilisateur à être autonome, capacité qui correspond, dans le contexte des équipes mobiles d'aide, à l'évaluation par celles-ci de la capacité de l'utilisateur à demander (faire le 115 lui-même).

<sup>2</sup> Ces problèmes de légitimer l'intervention par une demande et par la présence de la personne dans une structure ne concerne que les professionnels, car les œuvres charitables – et dans une certaine mesure les bénévoles laïcs – se légitiment autrement (R. Castel, 1995). Ce n'est pas un hasard si ces pratiques d'« aller vers » en absence de demande étaient menées par des équipes bénévoles, souvent d'institutions religieuses (Emmaüs, Aux Captifs la Libération...), des équipes qui ont commencé à se professionnaliser depuis (J. Verdès-Leroux, 1978). Et encore, cette professionnalisation est relative, sur quatre plans. D'abord, plusieurs équipes sont entièrement composées de bénévoles, même si certains de ces bénévoles sont ou ont été, par ailleurs, des infirmiers, des assistants sociaux, des médecins. Puis d'autres ont des professionnels en poste de coordination ou quelques uns sur le terrain, mais reposent très largement sur le bénévolat. Ensuite, parce que la professionnalisation est souvent donnée uniquement par le fait que l'intervenant soit salarié, mais il n'a pas un diplôme attestant de compétences professionnelles pour intervenir. L'intervenant est travailleur social parce qu'il a une fiche de paie de travailleur social. Enfin, nous avons les équipes formées par des professionnels salariés – assistants sociaux, éducateurs spécialisés, infirmiers, médecins – même si éventuellement des bénévoles viennent les renforcer. Il est possible que ce changement dans la composition des équipes (présence de plus en plus importante de professionnels diplômés et salariés), dans une pratique fondée par des bénévoles d'inspiration religieuse, ait contribué à créer les conditions de légitimation des professionnels à intervenir dans ce contexte.

importante. Puis c'est l'amalgame, dans cette définition, entre demande et présence qui à la fois cache et révèle cette fonction centrale de la demande comme légitimateur de l'intervention. Elle le cache parce qu'on aurait tendance à croire qu'il y a une erreur ou une imprécision dans la définition, qui se tromperait de problème : si ces personnes demandent, le problème qu'elles posent n'est pas celui de la demande mais celui de la présence. Puis l'amalgame est révélateur, car s'il est vrai que le problème n'est pas seulement celui de leur demande mais aussi celui de leur présence aux institutions, le problème des intervenants est qu'elles ne leur adressent pas de demande leur permettant d'intervenir, même si, dans l'absolu, elles sont capables de demander. Donc s'ils ne peuvent pas être légitimés dans leurs interventions par une demande, il faut que celles-ci soient légitimées autrement. C'est là que la définition de cette population par « ceux qui ne demandent (plus) rien » règle le problème, en précisant que c'est justement parce qu'ils ne demandent rien qu'il faut intervenir auprès d'eux avec des dispositifs spécifiquement créés, car les autres dispositifs ne fonctionnent qu'à la demande. Ainsi, la nécessité de la demande pour légitimer l'intervention est absolument dégagée. Dans ce cadre, c'est l'absence de demande qui légitime l'intervention et, en revanche, la demande rendrait l'intervention illégitime. Cela est particulièrement évident dans le fonctionnement des EMA : les demandes faites au 115 par les institutions ou les particuliers sont, entre autres choses, des organisateurs de l'activité, mais pas des légitimateurs car en l'absence de demande, ils fonctionnent par maraude. Et une demande concernant régulièrement la même personne fait que les EMA n'interviennent plus.

Il faut ajouter que l'« aller vers » n'est légitime que dans le but de « faire venir ». Cela apparaît dans le fait que l'objectif affiché des dispositifs d'urgence sociale et de ces dispositifs mobiles est de permettre l'accès aux dispositifs de droit commun. Cette affirmation sera étayée tout au long de ce travail<sup>1</sup> : si l'on « va vers » « ceux qui ne demandent (plus) rien », c'est pour les « faire venir » dans les institutions, sociales ou sanitaires, pour faire en sorte qu'ils demandent ou acceptent de venir dans ces structures (chapitre 6), ce qui permettra à l'équipe de passer le relais vers ces structures de droit commun avec une demande de la

---

<sup>1</sup> Ce paradigme du « faire venir » est si fort, que même quand les intervenants « vont vers », ils s'installent souvent en un lieu plus proche des gens (dans le Centre d'Action Sociale, dans le bus des femmes ou le bus méthadone, dans un bureau d'un centre d'hébergement), mais c'est à la personne de venir vers l'intervenant. On peut le lire comme autant de tentatives d'avancer vers une déspecialisation tout en gardant des restes de spécialisation, le bus (ou le bureau) étant comme un lieu de soin spécialisé, même s'il se trouve dans les interstices de la ville. Les situations d'intervention dans la rue (maraude, tournée de rue) sont vraiment l'extrême de l'« aller vers ».

personne ou au moins son consentement (chapitre 7), ou encore, dans des contextes très particuliers, les faire venir dans les institutions sous contrainte (chapitre 8). Maintenant que nous avons compris comment les interventions dans le monde de l'exclusion social ont été légitimées en l'absence de demande, nous allons examiner comment l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP), articule ces deux modes de légitimation : par la demande, dans le monde psychiatrique et par la non-demande, le monde de l'exclusion sociale.

### **3. L'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) : des interventions légitimées par la demande et par la non-demande**

Nous avons vu qu'en psychiatrie générale, il n'est pas légitime d'intervenir auprès des personnes ayant ou supposées avoir des troubles psychiques sans qu'il y ait eu une demande d'intervention formulée à l'équipe psychiatrique en présence de la personne dans un lieu de soins. Alors comment cette EMPP peut-elle légitimer le fait d'« aller vers » les personnes, sans se référer à une demande ainsi formulée ? Charles Alezrah, explique cela par le fait que :

*« L'apparition de nouveaux besoins (demandes ?) justifierait une évolution, une adaptation des réponses, une souplesse qui se trouve rarement être la caractéristique principale de nos lourdes organisations institutionnelles traditionnelles. » (p.7).*

Nous voyons bien comment, dans le discours de ce psychiatre, la demande est mise entre parenthèses et comme une interrogation ; elle n'est plus présente comme une condition. L'intervention peut partir non plus de la demande mais de l'identification ou de la supposition d'un besoin. Et la nouvelle légitimation de l'intervention est donnée par la nouveauté des besoins identifiés ou supposés. Cependant, la question inverse peut se poser : étant une équipe mobile pour « ceux qui ne demandent rien », comment légitimer son intervention par référence à la demande ? En effet, il arrive souvent qu'un intervenant de l'EMPP affirme qu'il n'est pas ou plus possible d'intervenir dans une situation parce que la personne n'est pas en demande. Immédiatement un autre intervenant de cette équipe réplique que l'équipe est là justement pour « ceux qui ne demandent rien » et qu'il faut intervenir malgré l'absence de demande de la personne et même malgré son refus de contact. Ceci montre à la fois la

présence d'une forme de légitimation par la demande, l'émergence de la légitimation par la non-demande et la co-existence de ces deux formes de légitimation dans la pratique de cette EMPP.

Maintenant je vais me concentrer sur les situations concrètes des prises en charge de l'EMPP pour comprendre cette articulation entre les interventions légitimées par la demande et par la non-demande mais, pour commencer, il importe de mieux expliciter ce que l'on entend par non-demande du point de vue de la littérature et du point de vue des observations sur le terrain.

### 3.1. La non-demande ou « si vous voulez »

La notion de non-demande est souvent employée, notamment dans des textes relatifs à la psychiatrie ou l'action sociale, sans qu'une définition soit établie. Le numéro 17 de Rhizome, le Bulletin national santé mentale et précarité, aborde les attitudes des intervenants face à la non-demande : l'équilibre difficile à trouver entre d'une part le « soigner à tout prix » *sur-interventionniste* et d'autre part le *sous-interventionnisme*. Selon l'éditorial, les textes de ce numéro de Rhizome :

*« visent à réfuter l'autoproclamation d'un droit d'ingérence sans que ne soit posé le problème de sa légitimité. Ils ne valident pas pour autant l'eugénisme passif qui hante la pensée implicite d'une déchéance, d'une morbidité, voire d'une mort de l'autre qui ne nous concernerait plus ; et qui justifierait le principe de ne jamais intervenir sans demande des personnes elles-mêmes. »*

Dans ce numéro de Rhizome, la question se pose de savoir quelle est la légitimité des intervenants pour agir en l'absence de demande, qu'est-ce qui fait qu'on intervient dans ce contexte, jusqu'à quel point il faut intervenir, quelles en sont les implications. Mais il ne s'arrête pas pour définir la non-demande.

Le rapport de l'IGAS<sup>1</sup> (2005), intitulé « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien » est le seul texte à ma connaissance qui donne une définition, quoique approximative, de la non-demande. Cette définition se fait par élargissement de la notion de non-recours, définie à son tour par le fait qu'une personne soit simultanément éligible pour bénéficier d'une prestation et être non bénéficiaire. Lorsque je parle de non-demande, cette définition du rapport IGAS ne m'est pas utile pour trois raisons : la première est que, dans le rapport IGAS, les faits d'être éligible pour bénéficier d'une prestation, de la demander et de l'obtenir sont amalgamés. Ainsi, une personne est non-demandeuse si elle est non bénéficiaire. Cependant, je ne m'intéresse pas au résultat (obtenir ou non la prestation), je m'intéresse au processus dans lequel les acteurs s'engagent ou non pour obtenir la prestation. C'est-à-dire que pour mon étude, le fait de bénéficier d'une prestation ne permet pas de savoir si la personne a demandé la prestation ou pas, ni quelle était la légitimité de l'intervenant qui a travaillé avec la personne pour qu'elle l'obtienne. Il arrive que la personne perçoive son RMI, suite à une proposition faite par un travailleur social, avec éventuellement un travail pour convaincre la personne de l'accepter et finalement ce RMI s'accumule à la Poste, sans que la personne aille le chercher. Selon le critère de l'IGAS cette personne ne fait pas partie du groupe de non-demandeurs car elle est bénéficiaire. Pour mon étude cependant, elle était non-demandeuse à l'origine et reste non-demandeuse de cette prestation, pour laquelle elle a simplement accepté de signer le formulaire. La deuxième raison découle de la première : la définition utilisée dans ce rapport ne correspond pas à son utilisation sur le terrain de mon enquête, car sur le terrain, comme dans mon étude, ce n'est pas l'obtention de la prestation qui compte mais le fait de l'avoir demandée. Et enfin, la troisième raison, est que dans le cas de ces équipes mobiles, la personne est éligible pour bénéficier d'une prestation justement parce qu'elle ne demande pas car si elle demandait, elle ne pourrait plus en bénéficier à moyen terme, comme je viens de l'exposer et comme nous verrons en détail dans la pratique (chapitre 7).

La notion de non-demande reste donc à préciser et c'est ce qui ressort de cet extrait d'entretien, dans lequel le psychiatre de l'EMPP exprime bien toute la difficulté de la définir et d'intervenir dans ce contexte, sans faire disparaître la demande de la personne et sans s'arrêter à sa non-expression :

---

<sup>1</sup> IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.



*« L'exigence qu'ils peuvent avoir c'est par rapport à une certaine loyauté, c'est-à-dire... Ginette, cette dame qui a une psychose hallucinatoire chronique, tu connais l'histoire par cœur, on a été déloyal avec elle. On lui a dit qu'on la ramènerait un jour du centre chez elle, dans la rue et, pour une urgence à la noix, on l'a ramenée que deux jours plus tard. Et après cet épisode-là, d'abord elle n'était pas contente, elle était fermée et on l'a pas vue pendant un an et demi. On l'a pas vue. On l'a cherchée, on l'a pas vue alors que ça fait plus de 15 ans probablement qu'elle est sur le même lieu de vie. Et donc cette déloyauté-là, elle était intolérable. Elle était intolérable pour elle. Donc il y a un niveau d'exigence qui est quand même là. Mais ça, c'est particulier. La dame qui dit : « faites quelque chose pour moi, allez-y, faites-le », ou Richard, qui dit : « mais trouvez-moi un hôtel, il n'y a pas de problème, après vous êtes tranquille, trouvez-moi un hôtel ». En même temps, ça leur appartient pas, ils sont pas dedans. Ils sont pas prêts à s'engager d'aucune façon, alors que notre travail c'est de les mettre au centre d'une demande, même si c'est nous qui les aidons à l'élaborer, à la construire, mais il faut qu'ils soient parties prenantes dans cette démarche-là. Et la plupart du temps, on n'arrive pas à les mettre dans cette demande. Non, la non-demande, elle se traduit par cette phrase sibylline : « si vous voulez ». C'est-à-dire que, le plus souvent, ils acculent l'interlocuteur à proposer quelque chose, mais jamais rien qui vient de leur propre personne. Si tu fais deux alternatives, si tu vas voir Gérard et que tu lui dis : « vous voulez aller à l'hôpital ? vous êtes fatigué, vous voulez aller dormir quelque part ? vous voulez aller prendre une douche ? ». Il ne te répond pas, il peut pas répondre. Par contre, tu lui dis : « voulez-vous venir dans un LHSS pour vous reposer ? », il dit « si vous voulez ». C'est pas oui, c'est pas non, c'est toi qui veux. Il n'a pas de demande, lui. Si tu ne lui adresses pas la parole, il ne demande rien. En même temps, si tu vas le pêcher, tu vas le chercher, tu lui proposes quelque chose et il vient, il dit « si vous voulez ». Ça n'empêche pas que, 24 heures plus tard, il se sauve parce que quelqu'un l'a regardé de travers, ou des gens ont parlé trop fort à 3 mètres de lui, ça lui fait peur et il se sauve. Mais il vient systématiquement.*

*AM : Il vient systématiquement ?*

*Oui*

*AM : « Si vous voulez » ça veut dire presque oui ?*

*Oui, ça veut dire oui. Ca veut dire oui, mais il dira pas oui, il dira jamais oui, il dira « si vous voulez ». La plupart des patients, je dis : « on se revoit la semaine prochaine », « si vous voulez ». Et si on ne vient pas la semaine prochaine alors qu'on a rendez-vous : (il dit) « mais vous étiez où, là ? ».*

*AM : Mais il peut dire non aussi, Gérard ?*

*Bien sûr, bien sûr.*

*AM : Mais s'il veut dire oui, c'est difficile de proposer, mais c'est plus facile...*

*Pour dire non, ça va. Ca, ça va.*

*AM : Je pense à Madame Dumont et il n'en est pas question.*

*Madame Dumont c'est un non à tout ! C'est un non systématique. En même temps, regarde, Richard, son incapacité de demander ou de ne pas demander, ça ne l'empêche pas de dire oui ou non, d'une façon relativement précise. Par exemple retourner à Haïti, c'est ni oui, ni non : c'est oui pour les vacances, c'est non pour y vivre. Là, je lui ai reposé la question à nouveau la semaine dernière, je lui ai dit : « et Haïti, c'en est où ? » il a dit : « quand j'aurai des sous, là je me repose, après on reprend l'hôtel et après j'irai à Haïti mais pas maintenant, c'est trop dangereux ». Donc il faut pas, il faut pas penser que ces personnes ne savent pas ce qu'elles veulent d'une façon globale.*

*AM : Ils savent à peu près ce qu'ils veulent ?*

*Ouais, je crois. Ca demande du temps.*

*AM : Quand il dit « si vous voulez », en fait il sait bien ce qu'il veut ?*

*Ah oui, oui. Ah oui, quand il dit « si vous voulez », c'est qu'il est épuisé et qu'il a besoin vraiment de se mettre à l'abri pour dormir.*

*AM : Mais il ne fera pas le 115 ?*

*Il ne fera pas le 115, jamais, jamais ».*

Nous voyons dans cet extrait que même si les usagers n'adressent pas de demandes aux institutions ou aux intervenants, ils ne sont pas pour autant sans avoir leur idée de ce qu'ils souhaitent et de ce dont ils ont besoin. Nous voyons également que la non-demande se distingue bien de la demande (« il ne fera pas le 115 » même s'il se sent épuisé et est d'accord pour dormir dans un centre d'hébergement) et du refus (« Mme Dumont, c'est un non à tout »). La non-demande porte en son sein, une demande latente, une possibilité d'acceptation mais qui n'est pas très franche non plus et qui peut apparaître à partir de la rencontre des intervenants qui « vont vers » et qui font des propositions. J'ai rencontré le même contenu dans le discours des usagers, par exemple ce monsieur que j'ai rencontré dans un LHSS, 65 ans, qui dit qu'il est rare qu'il demande quelque chose, que quand il ne va pas bien, il attend que cela passe. Il dit même savoir à qui demander quoi et comment, mais il ne demande pas. Par contre, si un intervenant vient vers lui et lui fait des propositions, il peut accepter. Il accepte de venir en LHSS, il accepte de faire sa carte d'identité avec l'assistante sociale, si elle le lui propose, si elle va vers lui :

*« AM : Quand ça ne va pas, est-ce que vous avez besoin de rencontrer quelqu'un, de parler à quelqu'un ?*

*Non, non, je reste sur moi-même et hop, je dis : ça va passer. Et puis c'est tout.*

*AM : Si vous avez le cafard, vous attendez que ça se passe ?*

*C'est pas souvent que j'ai le cafard, non. J'essaie de voir les choses autrement.*

*AM : Et les infirmiers du centre, ils peuvent vous aider ?*

*Oui, pourquoi pas. On a toujours besoin de quelqu'un, oui. Mais enfin, en principe, c'est rare quand je demande ou n'importe. Si ça va pas, hop, j'essaie de faire autrement.*

*AM : Tout seul ?*

*Oui*

*AM : Sans les copains, sans les infirmiers ?*

*Non*

*AM : Quand vous n'étiez pas ici, vous étiez où ?*

*Ben j'étais dans – comment ça s'appelle – du côté de Montparnasse, j'avais une chambre d'hôtel que je payais au mois, mais à ce moment-là j'étais garçon de café, alors ça allait. Tous les jours, j'avais des contacts, mais enfin je suis pas le gars à beaucoup parler.*

*AM : C'est plus avec vous-même ?*

*Oui, on me parle, je réponds mais enfin...*

*AM : Ce n'est pas vous qui allez chercher le contact ?*

*Non, non.*

*AM : (...) En partant d'ici, vous allez où ?*

*Je suis pas encore parti. Si, je pense partir un jour, mais je reprendrai l'hôtel ou alors une pension de vieillards. Y en a, ça existe.*

*AM : Vous avez rencontré quelqu'un pour mettre en place ce projet ?*

*Non, pas encore. J'ai pas cherché disons.*

*AM : Vous n'avez pas parlé aux personnes du centre de ce projet ?*

*Non, pour le moment je suis ici, ça va.*

*AM : Vous ne vous inquiétez pas de ce qui va se passer après ?*

*Non*

*AM : Après, on verra après.*

*Voilà.*

*AM : Vous ne rencontrez pas l'assistante sociale d'ici ?*

*Si elle me demande, j'y vais, mais c'est rare que j'aille la voir.*

*AM : Vos papiers, vous les avez ?*

*Euh oui, une partie a été faite par ici. Quand je suis arrivé ici, j'avais mon permis, carte d'identité je l'avais pas, ça a été refait je crois.*

*AM : Avec qui vous avez fait votre carte d'identité ?*

*Avec ici, là.*

*AM : L'assistante sociale, elle a été vous accompagner ?*

*Oui, à la préfecture de police. »*

Noter que ce monsieur a été rencontré par le psychiatre de l'EMPP à la demande du médecin généraliste du centre, qui supposait qu'il avait une dépression, ce que le psychiatre a confirmé. Mais selon lui, il n'a jamais le cafard et tout va bien. Il est aussi à noter qu'il a une idée de ce qu'il veut pour la suite, une maison de repos, mais il ne va pas voir l'assistante sociale : si elle lui demande de venir la voir, il ira de bon cœur. C'est l'expression même de la non-demande.

C'est là que les intervenants vont considérer que la personne est en non-demande car elle n'exprime pas de demande qui leur permette d'accomplir leur mission, mais elle ne refuse pas leur proposition. Ceci donne une idée très passive de la non-demande, ce qui n'est pas tout à fait faux mais pas tout à fait exact non plus, en tout cas pas toujours. La non-demande est plus qu'une attitude passive, elle peut être active : la personne peut avoir une idée de ce qu'elle veut et ne pas le demander, en revanche, elle va se débrouiller pour que les intervenants lui fassent des propositions et qu'elle puisse répondre « si vous voulez ». Ou, moins volontariste que cela, si l'intervenant pose la question « que peut-on pour vous »<sup>1</sup>, la personne peut dire qu'elle n'a besoin de rien (ce qui arrive souvent), donc pas de demande explicite. Puis l'intervenant se met à faire des propositions - du type hébergement ou repas ou café... - et la personne va dire oui ou non ou « si vous voulez », donc à partir de sa non-demande, elle provoque des propositions de la part des intervenants, qu'elle accepte ou pas<sup>2</sup>.

Ainsi, la notion de non-demande permet aux intervenants de dépasser la question de savoir si l'usager a ou non une demande, avant de la rencontrer. Elle permet de supposer qu'il peut en avoir une et que, pour le savoir, il faut « aller vers ».

---

<sup>1</sup> En général, les dialogues commencent par une question banale de politesse « comment ça va ? », ce qui est aussi une question bien ouverte ; puis « vous n'avez pas froid, là comme ça ? » toutes des questions pour faire émerger une demande, jusqu'à la question « avez-vous besoin de quelque chose ? »

<sup>2</sup> Cela a l'avantage, comme je l'ai dit auparavant, que le fait de ne pas demander lui permet de rester inscrite dans la file active des équipes.

### 3.2. La demande, la non-demande et le refus

Si la littérature et les documents officiels ne définissent pas ce qu'est une non-demande, cette définition n'est pas plus claire sur le terrain. Cette imprécision dans la définition est mise en évidence dans le débat, au sein de l'EMPP, sur la façon de remplir l'item « qui demande » de leur fiche d'intervention (en annexe). Les options étant « patient », « Institution Sociale Partenaire », « EMPP » ou « autre (préciser) », il est rare qu'ils cochent l'option « patient » seule. Le plus souvent, cette option est cochée en même temps qu'une autre, ce qui montre la présence d'une demande, même implicite, de la part de l'utilisateur. Au sein de l'EMPP il est considéré que si la personne vient au rendez-vous c'est qu'elle est en demande<sup>1</sup>. Mais si elle ne vient pas, cela ne veut pas forcément dire qu'elle est en non-demande ou en refus ; cela peut être autre chose, une difficulté à s'organiser pour venir ou un oubli, par exemple. Il est aussi considéré que dès lors que l'utilisateur fait une remarque sur l'absence de l'intervenant EMPP, c'est qu'il est en demande de sa présence. Par exemple, le psychiatre de cette équipe raconte qu'une des personnes suivies habituellement ne le reçoit pas toujours de manière très accueillante, et même parfois l'expédie en le menaçant de sa bouteille et en criant « dégage ! ». Cependant, elle lui a fait une remarque au sujet de son absence pendant ses vacances qu'elle a jugées trop longues ; ceci lui suffit pour considérer qu'elle est en demande, au moins en demande de contact avec lui, même s'il s'agit d'une demande implicite. L'intervention de l'EMPP d'« aller vers » cette personne pour la première fois était légitimée par sa non-demande et par sa non-présence dans les institutions. Après les premiers contacts, elle est légitimée par la demande de contact de la part de l'utilisateur (comme dans le cas des visites à domicile dans le cadre habituel des secteurs) et par sa non-demande d'aller vers les institutions (non-présence).

Si l'utilisateur n'est pas en demande de telle ou telle intervention, il peut être en position de non-demande ou bien de refus d'intervention. Telle cette dame qui s'en va dès qu'elle voit arriver le véhicule de l'équipe. Ou ce monsieur, qui demande à aller au CMP mais qui, dès que l'équipe est en condition de l'accompagner, trouve une excuse pour ne pas y aller. Une autre dame dit systématiquement et depuis plusieurs semaines à l'intervenant qu'elle est d'accord pour un entretien, mais que ce sera un autre jour. Et encore cette jeune femme qui reçoit

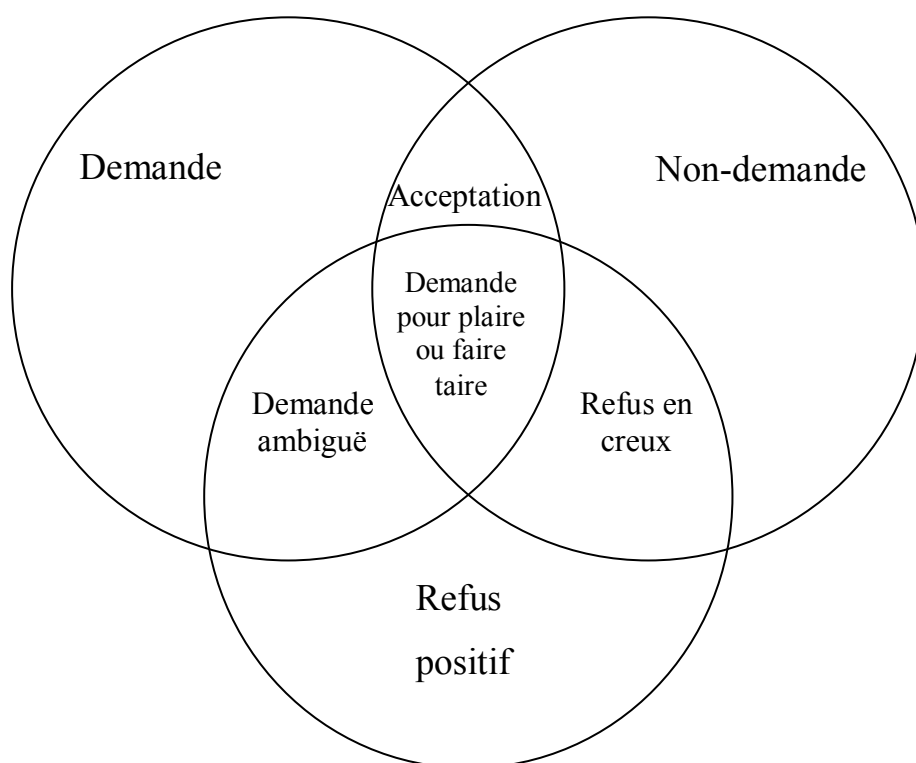
---

<sup>1</sup> C'est l'amalgame entre présence et demande que nous avons vu antérieurement.

l'EMPP de manière très sympathique, tout sourire, comme si elle recevait une visite de courtoisie mais apparemment, s'ils passent la voir ou pas, cela lui est à peu près égal.

En isolant des thèmes précis, par exemple le contact avec la psychiatrie ou le contact avec un intervenant de l'EMPP, je peux dire qu'une personne est, en même temps, en non-demande par rapport au premier et en demande par rapport au deuxième<sup>1</sup>. Et l'intervention de l'EMPP se trouve légitimée à la fois par cette demande et par cette non-demande. Aussi, la position de la personne par rapport à chaque thème est-elle souvent assez ambiguë : des demandes qui ressemblent à des refus, des refus qui ressemblent à des demandes, des non-demandes qui ressemblent à des refus ou à des demandes. Pour mieux comprendre le rapport entre ces trois positions de l'usager, positions qui travaillent la légitimité des autres acteurs à intervenir, je propose le schéma suivant :

Figure 4 : Demande, non-demande et refus.



---

<sup>1</sup> Ou encore l'autre usager qui disait qu'il voulait quelque chose, mais ne le demandait pas directement, il se faisait comprendre (entre demande et non-demande). Enfin, un autre qui montre comment les intervenants ont dû insister pour qu'il vienne et comment cela était la preuve qu'ils le comprenaient, car ils n'ont pas entendu la première réponse (entre refus et non-demande), qu'ils l'ont respecté mais sont revenus après à plusieurs reprises, jusqu'à ce que la personne accepte. Il y a aussi l'usager qui voulait se faire hospitaliser et plutôt que d'y aller, il a attendu que l'équipe psy passe et là il en a fait la demande (entre la non-demande et la demande)



Chacune de ces trois positions - la demande, la non-demande et le refus positif – est représentée par un cercle et, l'intersection des uns avec les autres, représente des situations intermédiaires ou difficiles à définir. Je peux ainsi situer différents types de situation :

- l'acceptation se situe entre la demande et la non-demande. Elle peut être une demande pas très claire, voire implicite, qui est reformulée en proposition par l'intervenant ;
- la demande ambiguë se situe entre la demande et le refus positif : la personne dit vouloir quelque chose puis quand elle l'obtient ou est en passe de l'obtenir, elle dit ne plus le vouloir ou elle abandonne la prise en charge ;
- le refus en creux se situe entre le refus positif et la non-demande. C'est un refus qui ne se manifeste pas toujours clairement, qui est plus une sorte d'inertie qui résiste au changement sans vraiment vouloir résister, qui laisse plus ou moins transparaître qu'il changera peut-être d'avis dans peu de temps. Cela peut-être les refus liés à des états psychiques altérés par la prise de toxiques, par une maladie psychiatrique ou neurologique<sup>1</sup>. Un autre exemple est celui des personnes qui évitent les professionnels ou leurs propositions par honte de leur situation. Cela peut enfin être le cas des refus motivés par une méconnaissance de ce qui est proposé (J. Damon, 2002).
- la demande pour plaire ou faire taire se trouve à l'intersection entre les trois cercles. Dans ces situations, la personne a compris qu'une bonne manière d'arrêter les insistance des intervenants est d'aller dans le même sens qu'eux, jusqu'à un certain point. Ce n'est pas que la personne refuse le contact ou la proposition, elle n'en sait souvent rien, enfin, les intervenants sont là, c'est bien, s'ils ne sont pas là, c'est bien aussi, mais elle leur demande de revenir la semaine prochaine, ainsi ils s'en iront pour aujourd'hui. Ou alors, comme l'utilisateur aime bien l'équipe, il veut lui faire plaisir en lui demandant des choses qu'il ne souhaite pas forcément.

On a donc sept espaces ainsi dessinés : demande, acceptation, non-demande, refus en creux, refus positif, demande ambiguë et demande pour plaire ou faire taire. Je ne vais pas utiliser les sept concepts, mais il fallait les nommer pour montrer leur correspondance avec des situations nuancées sur le terrain et pour comprendre les enjeux de légitimation selon la caractérisation

---

<sup>1</sup> Il est possible de considérer que, lorsque ces états abolissent la capacité de jugement de la personne, il n'est pas pertinent de parler de choix : ni demande, ni acceptation, ni refus. Il importe de souligner que le refus des personnes dans ces états n'y est pas forcément lié : par exemple, la personne peut être psychotique sans que cela abolisse sa capacité de jugement. Cependant, lorsque c'est le cas, si la personne demande ou accepte une intervention, cela n'empêche pas objectivement l'intervention des équipes, comme cela peut être le cas si elle refuse. Ce sujet sera détaillé dans les chapitres suivants.

de la situation par rapport à la demande. Ainsi, dès qu'un thème de la prise en charge se situe dans les zones concernées par la demande (demande, demande ambiguë, acceptation, demande pour plaire ou faire taire), l'intervention de l'EMPP est légitimée par référence à la demande. Dans le cas de non-demande et de refus en creux, la légitimation se fait par référence à la non-demande et l'équipe fera un travail pour *créer une demande ou faire accepter* (chapitre 6). Ce travail permettra de retourner au paradigme de la psychiatrie ordinaire : intervenir en référence à la demande. L'intervention de cette équipe n'est illégitime que dans les cas de refus, ce qui sera plus développé dans la dernière partie de cette thèse. Ensuite, l'enjeu sera donc de savoir comment l'EMPP construit sa légitimité à ne pas intervenir puisque finalement elle est légitime pour intervenir dans quasiment tous les contextes (partie III).

### **Conclusion du chapitre :**

Dans ce chapitre, il était question de montrer les conditions de légitimation de l'intervention de l'EMPP auprès de personnes qui ne l'ont pas demandée. Pour ce faire, j'ai commencé par montrer le paradigme de la légitimation des interventions en psychiatrie ordinaire par référence à une demande faite à un intervenant psy en présence de l'utilisateur dans un lieu de soin à un moment donné.

Ensuite, j'ai montré l'émergence, dans le champ de l'urgence sociale, de la légitimation de l'intervention par l'absence de demande, légitimation construite à partir d'une définition de la population en situation de rue comme « ceux qui ne demandent (plus) rien ». Définition qui est très fortement présente pour les intervenants comme dans les textes officiels et la littérature de ce champ, alors qu'elle ne correspond pas tout à fait à ce que j'ai pu rencontrer sur le terrain : en fait, les gens demandent, mais pas forcément ce qui permet aux intervenants d'accomplir leur mission. Ce décalage est dû en partie à l'amalgame fait, dans cette définition, entre demande et présence : il est différent de dire que les personnes ne demandent rien et de dire qu'elles ne s'adressent pas aux institutions. C'est cet amalgame qui permet de définir le problème de l'intervention auprès de cette population sur la base de la non-demande. Et donc il est légitime de proposer une solution fondée sur la non-présence (« aller vers »). C'est ainsi

que ces interventions auprès de cette population sont légitimées, non pas par la demande, mais justement par son absence.

J'ai enfin montré comment l'EMPP est légitimée dans ses interventions à la fois par la demande, qui légitime les interventions en psychiatrie ordinaire, et par la non-demande, qui légitime les interventions des équipes mobiles des dispositifs sociaux. Cette composition avec des éléments de légitimation du champ psychiatrique et du champ social représente un des aspects de l'intersticialité des EMPP, telle qu'elle a été définie dans le chapitre 3, et qui contribue à la despécification de ce dispositif.

Nous comprenons ainsi que dans le cas de la psychiatrie ordinaire c'est la demande qui légitime l'intervention, donc c'est elle qui permet à la psychiatrie d'entrer dans le partage des pouvoirs (notamment avec la famille, le médecin généraliste, la police, etc.) relatifs à la situation d'une personne. La demande est non seulement la porte d'entrée légitime, mais elle organise la place que la psychiatrie veut, peut et doit occuper, ainsi que celle qu'elle ne veut, ne peut, ne doit pas occuper (et donc la nécessité d'une demande le lui évite). Cette ligne de légitimation de l'intervention et de la non-intervention était déterminée par la demande en présence et garantissait une certaine spécification de l'intervention. C'est cette ligne que la légitimation par la non-demande en absence vient bouleverser.

Etant donné que cette EMPP n'intervient qu'à partir d'une première demande d'intervention, le plus souvent de la part des partenaires, le chapitre suivant sera consacré à comprendre ce qui fait que les partenaires demandent l'intervention de l'EMPP ou, dans d'autres termes, quel est le contexte dans lequel une demande sera exprimée, ce qui lui permettra de participer au partage de pouvoirs concernant une prise en charge.

## **Chapitre 5 : La demande des partenaires : l'entrée de l'EMPP dans le partage de pouvoirs**

La première demande d'intervention adressée par les partenaires à l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) marque l'entrée de cette équipe dans les prises en charge et donc dans le partage des pouvoirs les concernant. C'est pourquoi il semble important de comprendre dans quelles situations cette équipe est appelée à intervenir, ce qui fait que les partenaires la sollicitent. Au fil des observations, j'ai remarqué que toute personne ayant des troubles psychiques ou supposée en avoir n'était pas signalée à l'EMPP et je me suis demandé pourquoi certaines l'étaient et pas d'autres. Qu'est-ce qui fait qu'une personne est signalée ? Cette question me semblait d'autant plus importante que cette équipe n'intervient qu'à partir d'une première demande, le plus souvent de la part des partenaires, donc sa population est présélectionnée. Ainsi, il est nécessaire de savoir comment ils opèrent cette présélection pour comprendre la place qu'ils attribuent à l'EMPP.

Dans cette présélection, deux situations opposées sont considérées comme problématiques par les intervenants de l'EMPP concernant l'adéquation des demandes d'intervention exprimées par les partenaires : d'une part, les signalements relatifs aux personnes qui ne nécessiteraient pas d'intervention psy<sup>1</sup> et, d'autre part, le manque de signalement pour des personnes qui en auraient besoin. C'est-à-dire que, dans ces deux cas, l'EMPP estime être sollicitée à mauvais escient pour participer au partage de pouvoirs concernant certaines prises en charge : les partenaires estiment que l'EMPP est légitime pour intervenir dans des prises en charge que cette dernière considère ne pas relever de ses compétences ou, au contraire, les partenaires ne souhaitent pas ou plus l'intervention de l'EMPP alors que celle-ci estime que l'utilisateur a besoin de ses services<sup>2</sup>. Il s'agit bien de comprendre le travail micropolitique à l'œuvre autour de ces situations dans lesquelles il est question, pour les acteurs, de redistribuer les pouvoirs et de les légitimer.

---

<sup>1</sup> Je dirai « psy » pour qualifier l'intervention de différents professionnels des équipes de psychiatrie : psychiatres, infirmiers, psychologues et même assistantes sociales, éducateurs et aide médico-psychologique.

<sup>2</sup> Le premier cas de figure est beaucoup plus représenté que le deuxième. En fait, il est rare qu'il soit demandé à l'EMPP de ne pas intervenir. Les discussions pour arrêter d'intervenir ont lieu au sein de l'équipe plutôt qu'avec les partenaires qui eux, ont tendance à donner de plus en plus de place à l'EMPP dans les prises en charge.

Pour l'analyse qui suivra, je pars du principe que, jusqu'à un certain point, l'offre d'un service façonne la demande et vice-versa. Ou, autrement dit, que la place que l'EMPP se propose d'occuper façonne les demandes d'intervention qui lui sont adressées et à l'inverse, les demandes qui lui sont adressées modifient la place qu'elle occupe. C'est d'ailleurs ce que m'ont dit certains partenaires, notamment des médecins, lorsque je leur demandais ce qu'ils attendaient de l'EMPP : « c'est à eux d'abord de dire ce qu'ils font ; je demanderai en fonction de ce qu'ils peuvent proposer ». Dans le chapitre 3, j'ai présenté l'EMPP et ce qu'elle propose. Dans ce chapitre-ci j'analyserai ce qui se passe avant que la demande ne soit exprimée auprès de l'EMPP : quels éléments jouent pour que les partenaires demandent ou non son intervention ? A quel moment des relations entre l'équipe partenaire, l'EMPP et l'usager la demande est-elle exprimée ? Dans un deuxième temps, j'esquisserai les implications de ce jeu entre offre, demande et réponse sur la place que l'EMPP occupe dans les prises en charge. Commençons donc par comprendre ce qui se passe avant la demande.

### **1. Avant la demande : « on gère »**

L'expression « on gère » apparaît très souvent dans les entretiens menés auprès des partenaires sociaux de l'EMPP. Elle caractérise leur travail dans des situations considérées comme difficiles auxquelles ils font face sans aide spécialisée, en mobilisant leurs savoirs et leurs expériences antérieures. Autrement dit, il s'agit de situations dans lesquelles les partenaires se débrouillent « tous seuls », « avec les moyens du bord ». L'expression « on gère » concerne ici plus particulièrement les situations difficiles tant qu'elles ne font pas l'objet d'une demande d'intervention, d'un « signalement », auprès de l'EMPP.

Toutefois, il semble important de préciser que « gérer » et « signaler » ne sont pas tout à fait en opposition, car une fois que la personne fait l'objet d'un signalement, elle demeure souvent dans le dispositif qui a émis le signalement et les équipes partenaires continuent à « gérer », le temps que l'intervention de l'EMPP ait lieu et porte ses fruits. Il arrive également que le résultat de l'intervention psy ne convienne pas aux partenaires qui continueront à « gérer » à leur manière. Enfin, les partenaires continuent à « gérer » quand l'intervention psy aboutit au constat que la psychiatrie ne peut rien. Dans ces trois cas de figure, les partenaires ont à la fois « signalé » et « géré ». Plus précisément, ils ont « géré avant signalement », puis « signalé », puis « géré après signalement ». Cependant, je ne m'occuperai pas des situations dans lesquelles les partenaires « gèrent après signalement », car ce qui m'intéresse dans ce chapitre

est l'entrée de l'EMPP dans les prises en charge, l'arrivée de cette équipe dans le partage des pouvoirs. En outre, l'expression « on gère » ne concerne pas, dans ce chapitre, les situations dans lesquelles les partenaires travaillent auprès d'une personne en lien et avec la participation de l'EMPP. Ces situations seront étudiées dans les chapitres suivants : le travail pour *créer une demande ou faire accepter* une proposition, dans le chapitre 6 ; le passage de relais, dans le chapitre 7 ; et les interventions sous contrainte dans le chapitre 8. Par ailleurs, je vais considérer comme restant dans le domaine de « on gère » les situations dans lesquelles l'aide d'autres professionnels que ceux de l'EMPP a été sollicitée : police, samu, pompiers, CPOA<sup>1</sup>, secteurs de psychiatrie, médecin généraliste, etc.

Les analyses qui suivront portent donc sur le basculement des situations de « on gère avant signalement » au « signalement » à l'EMPP, qui sont des moments qui s'excluent. L'opposition entre ces deux moments permettra de comprendre ce qui fait qu'une personne est ou n'est pas signalée à l'EMPP. Ce passage de « gérer » à « signaler » peut se produire schématiquement selon deux modalités :

- Le signalement systématique : le passage entre « gérer » et « signaler » est facile, les partenaires signalent à l'EMPP toute personne supposée avoir un trouble psychique ou (re)présentant un problème dont les partenaires n'arrivent pas à déterminer la nature<sup>2</sup>. Ce type de signalement est une demande d'évaluation et/ou de soin psychiatrique et, dans cette mesure, il met plutôt en évidence la spécialisation<sup>3</sup> de l'EMPP, car elle est sollicitée ici pour ses compétences psychiatriques.
- Le signalement sélectif : le passage entre « gérer » et « signaler » n'est pas aisé et de ce fait, les partenaires ne demandent l'intervention de l'EMPP que pour des situations particulières, pas forcément liées à l'existence ou à la supposition d'un trouble psychique chez un usager. Ce type de signalement est lié à un problème de prise en charge, relevant ou pas de la psychiatrie et, dans cette mesure, il met plutôt en évidence la déspecialisation de l'EMPP, car elle est alors sollicitée par sa possibilité d'« aller vers » et rapidement,

---

<sup>1</sup> CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et Accueil. Pour tous les sigles, voir l'annexe 1.

<sup>2</sup> A propos du travail effectué par les acteurs pour que le comportement ou le discours d'une personne soit attribué à un trouble psychique, voir L. Velpy (2006) et E. Goffman (1973).

<sup>3</sup> Pour les notions de spécialisation et déspecialisation, voir M. Bresson (2006).

ainsi que d'intervenir en l'absence d'une demande, voire par sa possibilité d'intervenir sous contrainte, souvent de la même façon que sont sollicités la police ou les pompiers.

Actuellement, c'est le signalement sélectif qui est le plus souvent pratiqué sur le terrain d'action de cette EMPP, mais cette tendance peut être accentuée, atténuée ou renversée. La question se pose donc de savoir quels sont les critères facilitant ou rendant plus difficile le basculement de « gérer » à « signaler ». Et il s'agira d'appréhender également les conséquences, pour la construction de la place de l'EMPP, des deux modes de basculement.

Au début de cette enquête, je faisais l'hypothèse qu'un frein à la demande d'intervention psychiatrique était les résistances à ce que certains appellent la « psychiatisation de la misère » ou la « psychiatisation du social ». Ces expressions désignent une pratique dans laquelle des problèmes tels que le manque de logement ou d'emploi, trouvent uniquement des réponses psychologiques ou psychiatriques : on n'a pas de logement ou d'emploi donc on souffre, donc on fait venir le psy, plutôt que de penser à régler le problème de logement ou d'emploi. Cependant, sur le terrain, personne n'a avancé cet argument pour justifier de ne pas avoir signalé quelqu'un ou de ne pas l'avoir fait plus tôt. Par contre, cet argument était mis en évidence lorsqu'il s'agissait de justifier le signalement d'une personne qui ne semblait pas avoir de troubles psychiques ou dont les troubles n'étaient pas vraiment le problème en question, dans la prise en charge : « je ne veux pas 'psychiatriser la misère', mais... ». Comme cet homme qui avait un grand ulcère dans la jambe et que l'EMPP avait déjà évalué comme ne relevant pas de la psychiatrie, et pour qui un médecin insistait pourtant : « Il ne s'agit pas de psychiatriser la misère, mais pour supporter une telle situation et continuer à refuser un hébergement, il faut être un peu fou, non ? » Ou pour une femme, très âgée, avec des problèmes somatiques, qui refusait toute proposition de soin et avec qui l'équipe partenaire ne savait plus quoi faire : « Il ne s'agit pas de 'psychiatriser la misère' mais on ne peut pas la laisser comme ça, est-ce qu'on ne peut pas l'hospitaliser sous contrainte en psychiatrie ? ». En revanche, si cet argument n'apparaît pas comme un frein pour les signalements de la part des partenaires, il peut être utilisé en tant que tel par les professionnels de la psychiatrie, dans le but de légitimer une non-intervention face à la demande d'un partenaire. Je n'ai pas trouvé de résistances à la psychiatrie de la part des partenaires, dans mon matériau. Au contraire, j'ai plutôt constaté une demande forte adressée à la psychiatrie de la part des partenaires en termes d'augmentation du temps de présence des professionnels psy dans les structures et des affirmations fréquentes du type : « Ils (les professionnels du

champ psy) ne sont jamais là quand on a besoin d'eux » ou « de toute façon, la psychiatrie ne fait rien »<sup>1</sup>. Nous sommes ici dans des situations où, comme dans celle étudiée par Benoît Eyraud (2006), la critique faite à la psychiatrie ne porte pas sur sa *sur-intervention* mais sur sa *sous-intervention*.

De la part des usagers, par contre, la résistance à la psychiatrie est plus présente, ce qui produit chez les intervenants une tendance à éviter le mot « psychiatrie » dans leurs échanges avec eux. Les intervenants et les usagers disent que lorsqu'une proposition est faite pour rencontrer un psy, même s'il s'agit d'un infirmier ou d'un psychologue, la réponse est souvent « je ne suis pas fou ! » et parfois l'utilisateur se vexe à tel point que sa relation avec cet intervenant social, voire avec l'ensemble de l'équipe, est rompue. Les usagers ont tendance à s'opposer, en tout cas dans un premier temps, à ce qu'ils considèrent comme un *sur-interventionnisme* psychiatrique. Cependant, les travailleurs sociaux ont souvent des stratégies pour contourner cette résistance des usagers, comme nous le verrons plus tard. Ce n'est donc pas cela qui les empêcherait de signaler une personne à l'EMPP ou de les orienter vers d'autres ressources psychiatriques, comme les secteurs de psychiatrie, si la personne est sectorisée, ou le CPOA, en cas d'urgence ou lorsque la personne n'est pas sectorisée. Ce sont d'autres critères qui participent au fait que les situations soient plutôt « gérées » par les équipes partenaires ou, au contraire, fassent l'objet d'une demande d'intervention auprès de l'EMPP. J'en distinguerai quatre :

- a. la possibilité d'accomplir ses mission ;
- b. la qualité des relations entre les partenaires et les intervenants de l'EMPP ;
- c. l'apprentissage effectué au cours d'expériences antérieures ;
- d. la conception que les partenaires ont de leur savoir.

Ces critères indiquent ce qui entre en ligne de compte dans la logique sélective des signalements.

---

<sup>1</sup> Il est intéressant de remarquer que ces affirmations sont présentes dans mes observations mais non pas dans les entretiens où, au contraire, les partenaires vont plutôt dire « Ils font ce qu'ils peuvent » et il faut vraiment beaucoup les pousser pour qu'ils fassent une quelconque critique à l'EMPP. Cela est peut-être dû, en tout cas en partie, à mon statut de chargée de mission de l'EMPP.



## 1.1 Les quatre critères participant au passage de « on gère » à « signalement »

### a. La possibilité d'accomplir ses missions

Selon ce premier critère, les partenaires ont tendance à gérer les situations tant qu'ils estiment qu'elles n'empêchent pas l'accomplissement de leur mission. C'est-à-dire, s'il s'agit d'un centre d'hébergement d'urgence (CHU), tant que la situation ne les empêche pas d'héberger la personne elle-même et les autres, ils ont tendance à « gérer » ; s'il s'agit d'un centre d'hébergement avec soins (LHSS), tant qu'ils arrivent à héberger et à soigner la personne elle-même et les autres, ils ont tendance à « gérer » ; de même que les Equipes Sociales de Rue ne signalent pas une personne, tant qu'elles arrivent à entrer en contact avec elle, à évaluer son état physique et à la soigner ou à l'orienter, si nécessaire. Le récit de Chloé, 29 ans, animatrice dans un centre d'hébergement d'urgence depuis quatre ans, montre bien à quel point les situations difficiles sont « gérées » par les animateurs de nuit dans les centres d'hébergement sans que l'intervention de l'EMPP soit demandée :

*« Sinon on a toujours géré les gars comme ça. Je me souviens d'Amandine, je sais pas ce qu'elle est devenue, elle faisait toute la nuit, elle passait dans les chambres, elle frappait à toutes les portes et donc y avait 40 bonnes femmes furax. Elle faisait ça toutes les heures et toutes les heures, elle réveillait les bonnes femmes et elle leur disait : dormez, je veille, dormez. Je sais pas si elle faisait la Vierge Marie ou Marie la Vierge et elle faisait toutes les chambres. Bon c'est sympa une fois et puis le lendemain... Déjà la première nuit, le réveil des dames est difficile, la deuxième nuit elles ont un peu les nerfs et la troisième nuit ça frite. Et donc, ma foi, on a géré. Toutes les heures, on savait qu'elle allait se lever, il y avait quelqu'un qui l'attendait dans le couloir, on la descendait dans le hall, on lui offrait un café, on attendait que ça retombe, on la recouchait. »*

Les animateurs n'ont pas demandé l'intervention de l'EMPP, car ils ont trouvé une manière d'accomplir leur mission, c'est-à-dire d'héberger Amandine ainsi que les autres femmes, malgré la difficulté de la situation et la nature éventuellement délirante de son attitude. Cela montre, d'une part, qu'ils ont une grande capacité à « gérer », à chercher par eux-mêmes des solutions pour accomplir leurs missions ; et d'autre part que, dans cette logique, les situations ne sont pas « gérées » ou « signalées » en fonction de l'évaluation de la gravité de l'état

psychique de la personne ou du besoin qu'elle aurait de soins psychiatriques. Ici, même lorsque les équipes considèrent qu'une personne pourrait bénéficier de soins psychiatriques, si celle-ci ne pose pas de problème majeur dans le quotidien du centre pouvant empêcher l'accomplissement de la mission, elle ne sera pas forcément signalée et les difficultés provoquées par son comportement seront probablement « gérées ». C'est ce que nous explique Charlotte, 30 ans, conseillère sociale d'un CHU et depuis quatre ans dans cette institution:

*« Les gens, ils sont assez nombreux, les gens qui délirent ici, tant qu'ils se mettent pas en danger, on n'alarme personne. C'est de l'ordre... si on inclut les problèmes d'alcoolisme gravissime ou les problèmes de toxicomanie ou les surdosages de médicaments, si on inclut les gens qui parlent tout seul, les gens qui font des tentatives de suicide, les gens qui s'isolent, c'est de l'ordre de 75 % des gens qui vont pas bien. Les nouveaux arrivants qui s'angoissent de se dire « mais qu'est-ce que je fais là ? ». C'est énorme, on peut pas demander aux psys de tout gérer, donc on s'en va au plus urgent, on réagit au plus urgent.*

*AM : Les personnes qui délirent, ça ne va pas vous dire : il faut absolument qu'il soit vu par la psychologue ?*

*Si c'est un inhabituel, si. Si c'est habituel, non. Il y a des gens qui délirent et qui ne sont pas dangereux réellement pour eux parce qu'ils parlent aux murs. On en parle au fil rouge<sup>1</sup>, on dit : « elle a encore déliré, tu as vu ce qu'elle a fait ? ». Bon, une première alerte. Sinon on en reparle en disant : « mais vraiment là... », deuxième alerte. La troisième alerte, on dit : « là, il ne faut pas la laisser comme ça ». Mais les gens n'arrêtent pas de changer et c'est pas parce que la psychologue arrive le mardi et le jeudi, voire une fois par semaine qu'on va dire : « on va la faire voir tel jour » parce qu'à ce moment-là ce sera peut-être la période où elle sera peut-être stable et Coralie (la psychologue de l'EMPP) dira : « oui, c'est comme d'habitude, elle délire, oui je sais bien, elle est suivie » ou « elle est pas suivie, mais qu'est-ce qu'on peut faire ? ». Donc on sait, on sait, on*

---

<sup>1</sup> Le « fil rouge » est la réunion d'équipe de ce centre d'hébergement d'urgence.

*connaît le discours, donc on va pas agir contre un moulin à vent. On a compris que c'est comme ça qu'elle fonctionne, donc on s'en va au plus urgent, au plus sérieux. »*

A travers le récit de Charlotte sur sa perception des problèmes qui pourraient relever de l'EMPP et de la proportion de ces situations dans cette structure (« 75% des gens ne vont pas bien », d'après elle), apparaît aussi le jeu entre le signalement systématique et le signalement sélectif (« on ne peut pas demander aux psy de tout gérer, donc on s'en va au plus urgent »)<sup>1</sup>. Elle ne signale pas toutes les personnes qui pourraient relever d'une prise en charge psychiatrique, mais seulement les situations qui lui semblent être les plus urgentes : celles qui posent problème, celles qui risquent de mettre la mission de l'équipe concernant cette personne en péril. Le risque de violence, la difficulté à entrer en contact et le refus des propositions apparaissent comme les principaux éléments vécus comme une menace à l'accomplissement de la mission et ils seront discutés par la suite.

Parmi les facteurs ressentis par les partenaires comme pouvant empêcher l'accomplissement de la mission, le risque d'agression, notamment physique, représente un élément prépondérant. Les partenaires ont tendance « à gérer » tant qu'ils estiment que la personne ne présente pas un risque important d'agression physique ni pour l'équipe, ni pour elle-même, ni pour les autres usagers de la structure, c'est-à-dire lorsque le risque d'auto ou hétéro agression est considéré comme réduit et/ou contrôlable. En revanche, si la violence exprimée ou pressentie dépasse un certain niveau<sup>2</sup>, la question de savoir si l'on sollicite la police ou la psychiatrie peut se poser du fait d'un amalgame assez courant entre agressivité/violence et troubles psychiques. Certains partenaires affirment n'appeler la police qu'en cas extrême et en général vont essayer de gérer, de l'éviter, car cela leur semble inutile. Chloé, cette animatrice en CHU, n'est pas la seule à l'affirmer :

*« La police, on l'a toujours appelée quand il y a eu de grandes violences, en dernier recours quand nous, on était en danger. Quand nous on était en danger, enfin on s'est pris des pains, mais à partir du moment où ça mettait en danger les*

---

<sup>1</sup> J'en profite pour mettre en évidence la présence, dans ce extrait, d'un autre critère qui joue sur le passage de « on gère » au signalement et qui sera analysé plus loin dans ce chapitre : l'apprentissage effectué au cours d'expériences antérieures (« on sait, on connaît le discours »). Ceci montre comment ces critères sont imbriqués entre eux.

<sup>2</sup> Ce niveau est évalué de manière subjective par les membres de l'équipe présents sur le moment.

*hébergés, les autres, on appelle la police, mais souvent pour rien. Ils viennent te chercher le gus, ils sont huit, ils viennent chercher le gars, ils le posent à (quelques mètres d'ici) et deux heures après, même pas, il est là.*

*AM : C'est quand que la police traite la situation ?*

*On a eu des gros cas lourds, des cas bien, bien durs parce qu'il y en a... Je sais pas, les fois où ils ont été embarqués, je me souviens de Pedro, c'est quand il a démonté... Ils sont arrivés avec une voiture et puis il ne voulait pas rentrer dans la voiture, il a cassé la portière de la voiture de police, donc forcément ils l'ont embarqué. Quand c'était des gars hyper violents... Mais sinon, ils les prennent et puis ils les posent un peu plus loin.*

*ARM : C'est des situations difficiles ou des situations de violence qui n'ont rien à voir avec la psy ?*

*J'en sais rien, moi, je peux pas dire. Tout ce que je sais, c'est que j'ai un gars en face de moi, est-ce que c'est les produits qu'il a consommés ? est-ce que c'est sa manière d'être au quotidien ? est-ce que c'est le moment ? J'en sais rien. J'ai en face de moi un gars qui a décidé qu'il rentrait de force dans le centre et qui allait casser tout le monde pour je sais pas quelle raison farfelue. Après, je sais pas pourquoi. Tu gères le truc. Si ça se trouve, il est vraiment fou. Si ça se trouve, il a vraiment pris de la mauvaise came, je sais pas ».*

Parfois, demander l'intervention à l'EMPP est une manière d'éviter de solliciter la police avant que la situation ne devienne une vraie urgence, avant que la personne ne se mette à tout casser et qu'elle ne s'en prenne physiquement aux autres. Car dans ce cas, c'est assez clair pour les partenaires, c'est à la police qu'il faut recourir, que la personne ait ou pas des troubles psychiques. Mais dans des situations moins extrêmes, il n'est pas toujours évident pour eux de savoir à qui s'adresser. Je pense à ce que disent certains intervenants de différentes EMPP : « Les partenaires appellent la psy ou la police indistinctement. C'est à celui qui arrive le premier ». C'est ce qui s'est passé pour cet homme signalé en même temps à l'EMPP et à la police par un service de tutelles : sa tutrice téléphone à l'EMPP solliciter son

intervention, en expliquant qu'il n'est pas dangereux pour les autres, mais peut-être pour lui-même, parce qu'il ne sait pas se protéger. Elle pense qu'il lui faudrait une hospitalisation en psychiatrie mais il ne souhaite pas reprendre contact avec son psychiatre. Le CMP<sup>1</sup> de son secteur de référence, interpellé par la tutrice, dit ne pas pouvoir se déplacer, parce qu'ils ne le connaissent pas : il a juste été hospitalisé pendant 3 jours l'année précédente ; mais s'il le souhaite, il peut prendre rendez-vous pour rencontrer un psychiatre ou une infirmière. Comme il ne le souhaite pas, il n'y a rien à faire<sup>2</sup>. Lorsque j'explique à la tutrice que l'EMPP peut rencontrer cet homme sur son site à la rue, site bien connu de la tutrice, pour travailler son adhésion à un retour aux soins, plutôt que de le faire sous contrainte, elle répond qu'elle attend de voir si la police peut le faire hospitaliser, même si la situation ne représente pas de troubles de l'ordre public. Et si ce n'est pas le cas, elle recontactera l'EMPP. En gros, pour la tutrice, il fallait que ce monsieur soit hospitalisé le plus rapidement possible et peu importe par quel biais, CMP, police ou EMPP. Ces demandes concernent les services qui ont la possibilité d'intervenir en urgence, sans le consentement de la personne et qui se déplacent (psychiatrie, police, samu, pompiers). Elles doivent être analysées plus dans le détail. Car si elles mettent en évidence le passage entre gérer et signaler, elles sont surtout des demandes d'intervention exprimées par les partenaires face à un refus de la part de l'utilisateur ; ce sont donc souvent des demandes d'intervention sous contrainte, ce qui sera l'objet du chapitre 8.

En dehors des demandes d'intervention sous contrainte, plus rares dans la pratique de l'EMPP, les partenaires peuvent solliciter l'intervention de l'EMPP lorsqu'ils estiment plus largement qu'une personne ou un groupe (re)présente une impossibilité à l'accomplissement de leur mission. Ils peuvent aussi décider d'arrêter la mission auprès de cette personne ou de ce groupe : ne pas garder la personne dans le centre, soit en l'orientant vers une autre structure (un autre centre d'hébergement, les urgences d'un hôpital général ou le CPOA, par exemple), soit en l'excluant provisoirement de la structure. Le 115 et les Equipes Sociales de Rue sont alors informés de cette décision et n'orienteront pas celle personne au centre en question. Dans le cas des Equipes Sociales de Rue, l'interruption de la mission se traduit par le fait de ne plus se rendre sur le site de cette personne ou de ce groupe. C'est ainsi que les Equipes

---

<sup>1</sup> CMP : Centre Médico-Psychologique.

<sup>2</sup> Ceci est un exemple parmi d'autres de ce qu'a été développé dans le chapitre 4 : l'intervention en psychiatrie ordinaire nécessite une demande d'intervention en présence de la personne dans des lieux de soins. C'est à la personne de faire le premier pas vers la psychiatrie et pas le contraire. Cette règle est si prégnante qu'elle reste opérationnelle même lorsque la personne est sectorisée et a déjà été hospitalisée, donc même lorsque l'intervention peut être légitimée par une demande d'intervention formulée en présence de la personne dans un lieu de soin.

Sociales de Rue ne se rendaient plus sur les berges de la Seine avec l'argument du risque de violence. Elles ne s'adressent pas non plus à des groupes, pour la même raison. Dans ce cadre, les tentes distribuées aux personnes vivant dans les circuits de rue ont modifié considérablement la manière d'entrer en contact avec les personnes et les possibilités d'évaluation. Lorsque les personnes se trouvent sur le trottoir, elles sont d'emblée exposées à un regard évaluatif, à la présence du visiteur qui peut ainsi plus facilement leur adresser la parole. En revanche, avec les tentes, si la personne ne souhaite pas entrer en contact, le visiteur ne peut pas la voir, ne peut donc pas établir ce premier contact que la simple présence représente et ne peut pas non plus faire cette première évaluation visuelle. Ainsi, les Equipes Sociales de Rue ne s'adressent plus aux personnes dans les tentes, sauf s'il s'agit de la demande des personnes elles-mêmes, de personnes déjà connues de ces équipes ou de signalements précis. Dans ces contextes, il est considéré que la mission n'est pas menacée, en tout cas pas d'emblée. En revanche, dans les groupes, le risque de violence semble plus élevé et, pour les personnes dans les tentes, le contact est plus difficile, voire impossible.

Ceci nous renvoie au deuxième aspect : outre le risque d'agression, un autre élément pouvant empêcher l'exécution de la mission est la difficulté à rentrer en contact avec l'usager et à accéder au contenu de son discours. Ceci est plus particulièrement le cas chez les conseillères sociales (assistantes sociales ou faisant fonction), chez les infirmiers et médecins, ainsi que chez les intervenants des Equipes Sociales de Rue, qui travaillent fondamentalement à partir d'entretiens. Cette difficulté est moins présente chez les animateurs des centres d'hébergement d'urgence qui, pour exécuter leur mission d'hébergement, ne passent pas forcément par des entretiens. Dans ce cas, les conseillères sociales peuvent solliciter le CMP de référence de la personne, si elles savent qu'elle est suivie en psychiatrie, ou le CPOA, si la personne n'est pas sectorisée. Encore faut-il que la personne soit d'accord pour se déplacer vers l'un de ces deux endroits. L'intérêt de solliciter plutôt l'intervention de l'EMPP, dans ce cas, est qu'elle va vers les personnes là où elles se trouvent. Et il est plus facile de convaincre l'usager d'accepter de recevoir l'intervenant de l'EMPP sur son site ou, dans les structures, de le faire aller voir « cette dame-là, dans la salle à côté, vous voyez ? Elle est infirmière, elle peut vous aider », alors qu'il est plus difficile de les faire aller dans ces lieux stigmatisés de la psychiatrie. De plus, il faut se déplacer et, comme nous l'avons vu antérieurement, ce n'est pas aisé de mobiliser certaines personnes pour se rendre dans des institutions. Donc si le partenaire n'arrive pas à comprendre le discours de la personne et que, de ce fait, il lui est

difficile d'accomplir sa mission, il peut solliciter les services ordinaires de psychiatrie ; mais pour peu que la personne ne soit pas d'accord pour se déplacer, il ne reste au partenaire que la possibilité d'arrêter la mission auprès de l'utilisateur ou le recours à l'EMPP qui, elle, « va vers » l'utilisateur et qui intervient en l'absence de demande.

Les partenaires peuvent aussi considérer que l'accomplissement de leur mission vis-à-vis d'une personne est en danger lorsque cette personne refuse les prestations qui lui sont proposées de manière obstinée et surtout lorsqu'il semble aux intervenants qu'elle en a extrêmement besoin. Il arrive, par exemple, que la personne ait un problème somatique qu'elle ne souhaite pas soigner malgré toute tentative de persuasion de la part des intervenants. Si ce problème somatique est considéré par les partenaires comme étant suffisamment grave pour devoir être soigné, les partenaires auront tendance à demander l'intervention de l'EMPP dans l'espoir que cette dernière ait une technique particulière pour convaincre la personne. Ou bien, dans l'espoir que l'EMPP identifie une pathologie psychique chez la personne, ce qu'expliquerait son refus de soin et qu'éventuellement permettrait de l'hospitaliser en psychiatrie, sous contrainte, si besoin. Le cas des soins somatiques en est un bon exemple, mais cela peut être le cas d'un refus d'hébergement lorsqu'il fait trop froid ou d'un refus de communication, pour ne citer que ces deux cas de figure.

Lorsque la mission semble menacée, mais pas impossible à accomplir, les partenaires peuvent passer de « gérer » à « signaler », c'est-à-dire solliciter la participation de l'EMPP à la prise en charge. Dans ce cas, cette tendance sera concrétisée ou pas en fonction des trois autres critères : les relations entre le partenaire et l'intervenant de l'EMPP référent de son équipe, l'apprentissage effectué lors des expériences précédentes vécues par le partenaire et enfin, les conceptions sur leurs savoirs.

## b. La qualité des relations entre les partenaires et les intervenants de l'EMPP

Le deuxième critère de basculement entre « gérer » et « signaler » est la qualité des relations entre le partenaire et l'EMPP. Celle-ci peut se décliner en la relation entre un membre de l'équipe partenaire et un membre EMPP ou bien entre l'ensemble de l'équipe partenaire et un ou deux intervenants de l'EMPP ou, plus rarement entre l'ensemble de l'équipe partenaire et l'ensemble de l'EMPP<sup>1</sup>. Cela peut être observé en considérant la personne à qui le partenaire fait ou ne fait pas les signalements. En général, les signalements doivent être transmis à l'infirmier de l'EMPP référent<sup>2</sup> de l'équipe partenaire, et ce, personnellement, par téléphone ou par écrit ; ou bien au secrétariat de l'EMPP, qui les transmettra à l'intervenant psy disponible pour traiter le signalement. Dans la pratique, il est rare que les partenaires s'adressent au secrétariat. Les équipes préfèrent souvent gérer en attendant d'avoir le référent de l'EMPP pour lui transmettre le signalement directement, ce qui montre l'attachement à la personne, plus qu'à la fonction. Cependant, cela n'est valable que si les partenaires estiment avoir une bonne relation avec l'intervenant EMPP, autrement ils auront tendance à faire des signalements encore plus sélectifs ou bien à gérer, plutôt qu'à signaler. Il est arrivé, par exemple, qu'une infirmière partenaire transmette un signalement au secrétariat en précisant que si le seul infirmier de l'EMPP disponible pour faire l'évaluation était Raul, ce n'était pas la peine de l'envoyer. L'équipe de ce LHSS préférerait « gérer » que travailler avec cet intervenant de l'EMPP. C'est ce que Jeanne, infirmière de ce même LHSS, qui a une très longue carrière dans des services très diversifiés (cancérologie, éducation nationale), qui travaille depuis 8 ans dans différentes structures de l'Institution Sociale Partenaire et qui, de ce fait, connaît plusieurs membres de l'EMPP. Elle précise qu'elle ne faisait jamais de signalements par téléphone, pour éviter de tomber sur Raul. Elle préférerait gérer elle-même une situation difficile, comme une menace de suicide, plutôt que de le solliciter. Elle explique ses raisons :

*« Raul, moi j'ai du mal à le cerner, mais bon, maintenant c'est moi quoi. Je trouve que c'est pas... C'est assez évasif, enfin c'est pas... Enfin moi je vois pas la*

---

<sup>1</sup> Ce dernier cas de figure est plus rare, vu la tendance à l'exclusivité des membres de l'EMPP et de celle, en miroir, des partenaires, comme nous l'avons vu au chapitre 3.

<sup>2</sup> Chaque structure a un infirmier de l'EMPP comme référent. Il est son interlocuteur privilégié et y assure des permanences hebdomadaires (voir chapitre 3).



*profession comme ça. Mais bon, maintenant c'est pareil, moi je les trouve pas... Julien, si, c'est quelqu'un... parce que je l'ai connu dans un autre LHSS. Julien était beaucoup plus proche, beaucoup plus attentif quand on lui disait quelque chose. Aïcha (infirmière qui avait travaillé auparavant dans cette EMPP), elle avait pas le même rôle. Et puis, non, de toute façon avec Raul, moi, non, ça n'a jamais... Je veux dire, j'ai du mal à le cerner. J'ai du mal à comprendre comment il fait sa profession. Moi, je l'ai vu cet été, que Guy (le psychiatre de l'EMPP) n'était pas là, il est venu deux minutes voir les patients, je trouve ça un peu léger. Enfin pour moi, c'est pas ça.*

*AM : Du coup, vous ne faites pas du tout appel à lui ?*

*Non, il les connaît pas et puis j'ai pas le sentiment que ça l'intéresse, en plus. Enfin, moi, c'est le sentiment que j'en ai. Donc c'est vrai que ça nous force pas à l'appeler. A la limite, c'est vrai qu'on aime mieux en parler à nos médecins ou directement à Guy. Donc c'est vrai que, vu par ce fait-là, il croule peut-être davantage sur les patients. »*

Aussi arrive-t-il que les intervenants EMPP n'aient aucune ou très peu de demandes d'intervention dans certaines structures. Lors de leurs permanences hebdomadaires dans ces centres, ils rencontrent les partenaires et peuvent parler de certains usagers avec eux, sans qu'aucune demande d'intervention ne leur soit adressée. Ceci contraste avec le récit ci-dessus de Charlotte, qui fait part d'une présence importante, dans ces structures, de personnes délirantes ou qui souffrent ; et ce, tout en mettant en évidence que souvent les partenaires préfèrent « gérer ». La variation du nombre de signalements en fonction de la relation entre l'intervenant EMPP et le partenaire - ou l'équipe partenaire - a également été mise en évidence lorsque le référent EMPP d'un des CHU a changé et que le nombre de signalements a immédiatement augmenté. Et inversement, dans un LHSS, le changement de référent a fait diminuer considérablement le nombre de signalements. Il est alors possible d'affirmer que le fonctionnement des équipes est « personne-dépendant », comme me disait en entretien un infirmier partenaire ; c'est-à-dire que les partenaires « gèrent » ou « signalent » en fonction de la qualité de leur relation avec les membres de l'EMPP.

Les partenaires fondent leur jugement sur la qualité de leur relation aux intervenants EMPP principalement sur deux éléments : d'une part, le fait d'avoir déjà rencontré la personne, de « pouvoir mettre un visage sur ce nom ou sur cette voix au bout du fil » et, d'autre part, l'existence de relations de caractère plutôt privé entre les intervenants<sup>1</sup>.

En effet, les partenaires disent ne pas se sentir à l'aise pour demander l'intervention de quelqu'un qu'ils n'ont jamais rencontré. Cet argument apparaît souvent dans des textes et discussions sur le travail en réseau : cela repose sur le contact entre personnes qui se connaissent plus qu'entre institutions et lorsqu'une personne quitte l'institution, souvent les partenariats dont elle était l'acteur principal sont à refaire. Chloé, animatrice dans un CHU, exprime à quel point les relations entre les partenaires et les intervenants psy peuvent être déterminantes au moment de demander une intervention spécialisée :

*« AM : Quand il y a une situation difficile, que tu penses que c'est du psy, qu'il faut trouver une solution dans ce sens-là, tu fais comment ? »*

*Nous, on trouve pas... Enfin, en termes de trouver une solution, nous, on n'a pas à trouver de solution, on va gérer au mieux la crise. On en a eu des biens... Enfin on gère, on fait comme on peut avec la personne.*

*AM : Il n'y a pas un recours ailleurs ?*

*Ben non, nous, on a toujours... La nuit, t'as pas grand monde en même temps. On a eu Raul parce qu'à l'époque ils étaient bien potes, donc il se déplaçait avec Johann (travailleur social dans cette structure), après on l'a plus vu. Sinon on a toujours géré les gars comme ça. »*

C'est-à-dire que tant que Johann faisait partie de l'équipe partenaire, lorsque lui ou l'équipe éprouvaient le besoin d'une intervention psy, il le signalait à Raul, infirmier de l'EMPP, qu'il connaissait bien. Dès que Johann est parti, l'équipe partenaire n'a plus sollicité l'intervention de Raul.

---

<sup>1</sup> Je ne peux pas affirmer que cette analyse soit valable pour d'autres partenaires que l'EMPP, mais rien n'indique qu'elle soit exclusive à cette dernière.

J'ai plusieurs fois eu l'occasion de constater que, lorsque je rencontrais des partenaires qui ne connaissaient pas ou n'aimaient pas les autres membres de l'EMPP, quand ils téléphonaient pour un signalement, ils demandaient à parler au psychiatre ou à moi, les deux membres de l'EMPP qu'ils connaissaient, alors même qu'ils savaient que je n'étais pas intervenante. De même que le jour où je devais rencontrer une infirmière dans un LHSS pour un entretien et qu'un patient avait menacé de se suicider, elle se disait rassurée rien que par ma présence, rien que de m'en parler, alors qu'elle savait bien que je n'étais pas psy et que je le lui avais répété plusieurs fois. En effet, je l'avais déjà rencontrée, mais pas plus que 3 ou 4 fois dans l'espace de plusieurs mois, dans le cadre de mes observations de l'activité du psychiatre de l'EMPP qui intervenait dans ce LHSS. Et même si nous avions bien sympathisé, cela ne dépassait pas les dix minutes de conversation conviviale autour d'un café avant ou après les consultations du psychiatre. Donc le fait d'avoir vu la personne, rien que cela, permet plus facilement lui adresser un signalement, si ce contact a été positif. Il faut dire que si ce niveau minimum de relations entre le partenaire et l'intervenant EMPP n'est pas garanti, le signalement est rendu très difficile car souvent le partenaire ne se souvient même plus de l'existence de l'EMPP.

Un autre élément, sur lequel les partenaires basent leur jugement, est le fait d'avoir partagé des moments qui ne relèvent pas vraiment de la sphère professionnelle, tels qu'aller au restaurant ensemble, boire un verre ensemble, papoter de tout et de rien autour d'un café. Cela change la relation professionnelle. Un infirmier m'a raconté en entretien comment sa relation avec l'infirmier EMPP a changé après une occasion où ils intervenaient ensemble dans un colloque en province et que, le soir, ils ont eu l'occasion de se rencontrer pour parler, boire un verre et devenir copain. Aussi, un infirmier de l'EMPP me disait comment il se sentait à l'aise pour s'adresser à tel médecin, plutôt qu'à un autre après qu'ils ont fait un séjour de formation ensemble pendant une semaine. Donc le fait d'avoir une bonne relation personnelle peut améliorer la relation professionnelle et faciliter les contacts, notamment pour les signalements.

Outre ces deux éléments qui modifient le jugement que les partenaires font de leur relation avec l'EMPP, les deux autres critères participant au basculement de « gérer » à « signaler » (l'effet d'apprentissage et la conception sur les savoirs) participent également à la modification de la qualité de cette relation, comme je vais le développer maintenant.

### c. L'apprentissage effectué au cours d'expériences antérieures

L'effet d'apprentissage est le troisième critère qui joue sur le fait qu'un partenaire ou qu'une équipe partenaire gère les situations difficiles ou les signale.

Avant d'avancer sur ce point, il semble important d'exprimer deux considérations : la première porte sur le fait qu'il y a un grand turn-over des professionnels dans le domaine de l'urgence sociale, sans compter les intérimaires et les personnes recrutées uniquement pour le renfort hivernal. A cela s'ajoute le fait que souvent les partenaires n'ont pas travaillé dans le domaine auparavant, voire qu'ils en sont à leur premier emploi. Ce qui fait qu'une partie importante des équipes partenaires n'a pas ou pas beaucoup d'expériences auxquelles faire référence pour gérer les situations, ni d'ailleurs pour savoir à qui recourir. Cependant, quelques personnes travaillent sur le terrain (infirmiers, travailleurs sociaux) dans cette institution partenaire depuis plusieurs années. Il s'agit plutôt de l'exception qui confirme la règle, même si ces personnes sont largement surreprésentées dans le groupe de partenaires interviewés (13 partenaires sur les 16 interviewés).

La deuxième considération porte sur le fait que, selon les partenaires interviewés qui sont sur ce terrain depuis plusieurs années, il est très difficile d'utiliser l'expérience d'une situation pour en aborder une autre, tellement les situations sont différentes entre elles. Elles sont donc gérées au cas par cas, sans que les partenaires fassent référence à une situation pour essayer de penser à une autre. Cet infirmier l'exprime très clairement, lui, qui a travaillé dans plusieurs structures de cette institution depuis plus de 5 ans :

*« Pour les hébergés, c'est que des cas particuliers, tu peux pas dire : « ça me rappelle machin ». Ça peut rappeler, c'est sûr, sur certains aspects, mais globalement, il faut tout reprendre à zéro. Même quand tu connais quelqu'un très bien, que tu le vois tous les jours dans la rue et compagnie, quand tu le vois c'est toujours des situations différentes à réévaluer. »*

Ceci dit, l'effet d'apprentissage apparaît tout de même comme un critère contribuant à faire ou pas basculer de « gérer » à « signaler ». Une première forme de cet apprentissage est d'avoir eu à gérer les situations quand l'EMPP n'existait pas ou ne paraissait pas accessible.

Par exemple, les partenaires ont souvent justifié d'avoir géré une situation plutôt que de la signaler en disant : « on faisait sans (l'EMPP) avant » ou « on a toujours fait sans » ; bref, s'ils ont pu s'en passer avant, ils peuvent le faire maintenant. En même temps, tous les partenaires interviewés ont dit que l'existence de cette équipe était très importante pour eux et qu'il serait nécessaire d'augmenter le temps de présence psy dans les structures. Donc les partenaires vont gérer plus ou moins longtemps, des situations plus ou moins difficiles en fonction aussi de l'apprentissage qu'ils ont pu accumuler dans leur pratique quotidienne.

Une autre forme d'apprentissage est liée au niveau de satisfaction obtenu lors des demandes précédentes. Les partenaires disent qu'ils gèrent certaines situations car cela ne sert à rien de les signaler : ils disent connaître la réponse et celle-ci ne leur convient pas, comme dans l'exemple de la police cité plus haut. Du coup, certains partenaires ne demandent plus rien<sup>1</sup> et gèrent ou arrêtent la mission auprès de l'usager. Charlotte, conseillère sociale, parle de ce décalage entre ce qui est attendu et la réponse :

*« C'était une personne qui m'angoissait et, elle (la psychologue de l'EMPP), elle a fait le diagnostic et elle dit : ' je vois très bien ce que c'est que sa pathologie'. En fait moi j'attendais, moi, un réconfort, en me disant ' t'inquiète pas, elle est pas dangereuse, elle va pas te sauter dessus'. Et c'était : 'oui, je vois très bien ce que c'est comme genre de pathologie'. C'est : mais je suis en train de lui dire que je suis super angoissée avec la personne et elle me dit : 'oui, je vois ce que c'est' ; mais moi aussi j'ai vu ce que c'était ! (...)*

*Nous, on demandait pas forcément de savoir quelle était sa pathologie et pourquoi elle réagissait comme ça ; c'était un peu comment on travaille avec elle, en sachant qu'elle a ça. (...)*

*J'ai quand même en mémoire une banalisation de ' ben oui, cette personne-là est comme ça, c'est parce qu'elle réagit comme ça '. Je trouve que dans les pathologies des personnes, ils sont tellement dedans qu'ils banalisent et ils disent : ' ben oui, c'est comme ça, il faut faire avec'. Et ce ' c'est comme ça, il faut faire avec', c'est pas dit comme ça, mais c'est sous-entendu, on ne peut plus supporter ce genre de discours au bout d'un moment. Dans le genre : 'les hôpitaux les lâchent, que voulez-vous, c'est comme ça'. »*

---

<sup>1</sup> Comme les usagers, les partenaires ne demandent plus rien parce qu'ils n'obtiennent pas satisfaction. A ce sujet, voir F. Dubet (2002) qui parle d'une sorte de mimétisme entre les intervenants et les usagers.

Cette conseillère sociale exprime, comme le font souvent ses collègues, une demande d'orientation, de conduite à tenir ou en tout cas, d'aide pour penser la situation et intervenir de manière adaptée. Il ne s'agissait pas de savoir si la personne avait ou pas de troubles psychiques, ni de savoir quelle était sa pathologie, le cas échéant. L'intérêt de cet extrait n'est pas seulement de montrer un type de demande souvent exprimé par le partenaire et leur insatisfaction face à la réponse, mais surtout il met en évidence un décalage entre la demande et la réponse. Car il arrive, par ailleurs, que les partenaires demandent à savoir si la personne a ou pas une pathologie mentale, ce qui peut déjà leur permettre d'adapter leurs interventions auprès de la personne. Ils peuvent ainsi tolérer certaines choses chez une personne ayant des troubles mentaux ou neurologiques qu'ils ne toléreront pas chez une autre personne. Par exemple, une personne qui arrive en retard et qu'on sait avoir une pathologie qui brouille les repères temporels ne sera pas punie alors que ce sera le cas pour une autre qui ne présente pas ce type de trouble. Ou encore, si l'on sait que la personne n'a pas de troubles psychiques mais qu'elle parle avec Dieu parce que c'est comme ça dans sa culture ou dans sa religion, on ne va pas l'orienter au CPOA.

Le partenaire ne sera donc pas satisfait s'il attend un diagnostic et qu'il a à la place une conduite à tenir ou si, à l'inverse, il attend une conduite à tenir et qu'il obtient un diagnostic de la part de l'intervenant de l'EMPP. Bref, il faut considérer que la satisfaction de la demande est souvent en rapport non seulement avec le type de réponse donnée mais aussi avec l'existence d'un décalage plus ou moins important entre ce que le demandeur attend et ce qu'il reçoit comme réponse. Et si le partenaire ne se sent pas satisfait de la réponse faite par l'intervenant EMPP, surtout si cela se reproduit régulièrement, il aura tendance à le solliciter de moins en moins dans l'avenir, à émettre des signalements de plus en plus sélectifs.

Un autre exemple de décalage entre la réponse attendue par les équipes sociales et celle reçue concerne l'hospitalisation en psychiatrie. Il arrive souvent que les partenaires du social disent « la psy ne fait rien » lorsqu'ils estiment que l'utilisateur devrait être hospitalisé et que l'EMPP ou le CPOA ou le secteur ne l'hospitalisent pas. Ceci représente une réduction récurrente du travail de la psychiatrie à la seule hospitalisation, ce qui est remarqué par plusieurs EMPP. Nous l'avons vu dans l'extrait d'entretien ci-dessus, quand Charlotte affirme que « *les hôpitaux les lâchent, que voulez-vous, c'est comme ça.* », comme s'il n'y avait pas de soins

psychiatriques possibles ou efficaces en dehors de l'hôpital. Ainsi, même si l'intervenant de l'EMPP rencontre régulièrement la personne pour des entretiens ou pour des accompagnements en CMP, il arrive que certains partenaires continuent à affirmer que la psy ne fait rien. Donc ce que ce partenaire aurait vécu comme une mauvaise expérience des interventions de l'EMPP lui aura appris à éviter de s'adresser à cette équipe pour signaler quelqu'un et à essayer de gérer tout seul autant que possible. Seulement cela dépend aussi de la conception que se fait le partenaire de son savoir et de celui de l'EMPP. C'est ce qui sera abordé ensuite.

#### d. La conception que les partenaires ont des savoirs en présence

En effet, certains partenaires conçoivent leur savoir comme suffisant ou comme seul capable d'aider l'usager. Ils ont donc une forte propension à imposer leur point de vue et à ignorer celui des autres acteurs, surtout s'il est divergent. D'autres au contraire, conçoivent a priori leur savoir comme un élément destiné à composer avec le savoir d'autres acteurs. Ainsi, certains partenaires adresseront une demande d'intervention à l'EMPP pour une situation qu'un autre partenaire aurait géré seul, car ce dernier estime que son savoir suffit pour gérer la situation au mieux. C'est ce qu'exprime Jeanne, infirmière d'un LHSS :

*« AM : Tu disais qu'à un moment donné, on appelait Guy (le psychiatre de l'EMPP) et qu'on n'avait pas de réponse. Est-ce que ça a changé ou ça continue comme ça ?*

*Non, là, c'est vrai que bon, il essaie... Là, c'était le week-end, donc c'est un mauvais exemple, peut-être qu'il a le droit à son week-end, moi je critique pas. C'est vrai que quand on l'appelle, il nous rappelle. C'est vrai que c'est plus du tout, c'est plus du tout pareil. Mais c'est vrai aussi que mes collègues du LHSS initialement ont beaucoup géré par elles-mêmes, alors que moi je suis pas du tout sur ce modèle-là. Moi j'estime qu'il y a un psychiatre, moi j'ai pas un rôle de psychiatre, ni de psychologue, j'ai pas de formation, je suis infirmière de base, ça s'arrête là. Moi je vois les signes, je les donne tels que je les ressens ou tels qu'on me les donne, mais après je sais pas quoi en faire de ça. Moi je vais pas porter ni un diagnostic, ni mettre une étiquette sur un patient alors que j'en sais rien. Donc*

*c'est vrai que peut-être que le fait que l'équipe de ce LHSS gérait beaucoup toute seule...*

*AM : Donc c'est resté (l'habitude est restée) un peu ?*

*Oui, un petit peu quand même. Mais bon, moi, ça, ça me satisfait pas, par contre parce que, bon, un malaise cardiaque, un malaise pulmonaire, ok, je vais pouvoir donner les signes, mais un malade psy, moi je sais pas. Je sais pas le gérer, je sais pas le diagnostiquer.*

*AM : Donc tu vas plus faire la demande à un spécialiste ?*

*Oui*

*AM : La fréquence, tu m'as dit qu'avant c'était pas très...*

*C'était pas courant. Mais c'était peut-être aussi du fait de l'équipe qui gérait, enfin qui gérait un petit peu eux-mêmes. Je pense qu'il n'y a pas eu toujours de bonnes relations avec le docteur (Guy) Mallet. Mais bon, ça, je veux dire...*

*AM : Avec lui en particulier ou avec l'équipe dans l'ensemble ?*

*Avec l'équipe dans l'ensemble et avec lui, enfin je veux dire, ils se comprenaient pas toujours forcément. Mais bon, moi, c'est peut-être... Moi je le vois avec du recul, dans le sens où moi je mettrais pas un diagnostic sur un psy. Moi je vais dire : il a fait ça, maintenant est-ce que c'est du caprice ? Je peux pas, je peux pas. Y a des choses, je vais dire : peut-être qu'il y a ça, mais comment on peut agir ? jusqu'où on peut aller dans ce domaine-là ? Mes collègues étaient peut-être plus affirmées sur leur diagnostic, c'est peut-être pour ça. »*

Il apparaît, dans cet extrait, des éléments avancés précédemment qui participent à faire ou pas basculer une situation de « gérer » à « signaler », éléments tels que la qualité de la relation entre intervenant EMPP et partenaire (leur difficulté de relation avec le psychiatre de l'EMPP



et avec l'ensemble de l'EMPP fait que les partenaires préfèrent « gérer », puis l'effet d'apprentissage (les partenaires avaient l'habitude de faire sans l'EMPP). En plus, Jeanne dit bien qu'une infirmière de base n'a pas le même savoir sur les situations psychiatriques comme elle peut l'avoir sur les symptômes somatiques. Selon elle, pour les situations psy, il faut demander l'avis d'un psychiatre ou d'un psychologue. Cependant elle précise que ce n'est pas l'opinion de tous ses collègues. C'est-à-dire que certains partenaires vont plus rapidement demander l'intervention psy, estimant que leur savoir a besoin de complément pour aider l'usager ; et d'autres ne feront pas cette demande, estimant pouvoir affirmer un diagnostic ou savoir comment intervenir sans besoin d'aide. Dans le premier cas, on va vers le signalement systématique, dans lequel le partenaire signale toute personne qu'il suppose présenter des « bizarreries ». Dans le deuxième cas, on va vers le signalement sélectif dans lequel le partenaire ne signale qu'en dernière ressource. Un autre exemple de signalement sélectif, basé sur la conception de son propre savoir, est donné par un médecin généraliste de l'Institution Sociale Partenaire. Il explique en entretien qu'il sait identifier une dépression simple et même la soigner, mais il y a des dépressions qu'il n'arrive pas à bien identifier, il n'en est pas sûr, donc là il estime avoir besoin du savoir psy.

Cependant, il ne va pas de soi qu'à chaque fois qu'un partenaire demande l'intervention de l'EMPP, c'est qu'il estime que son savoir n'est pas suffisant et qu'il a besoin d'autres savoirs. Il arrive que la demande d'intervention représente une demande d'exécution de ce que le savoir du partenaire a pu établir. Le partenaire demande à la psychiatrie non pas d'apporter son savoir mais ses moyens, dont sa légitimité, pour mettre en place la décision qu'il avait déjà prise. C'est dans ce cadre, par exemple, qu'il est demandé au psychiatre d'employer l'outil de l'hospitalisation sous contrainte, que seule la psychiatrie possède, pour obliger l'usager à soigner un problème somatique (une tuberculose, un cancer, une plaie infectée), alors que l'usager ne présente pas de troubles psychiques ou que ses troubles ne nécessitent pas une hospitalisation. Une autre attitude des partenaires, qui illustre cette demande d'intervention pour l'exécution ou la légitimation d'une décision déjà prise, est le changement des prescriptions des psychiatres par les généralistes partenaires qui lui ont demandé son intervention. Ou encore, les prises de décision concernant des usagers suivis par l'EMPP, sans demander l'avis de celle-ci ou sans que cet avis soit pris en considération.

Ayant exposé les critères participant au basculement d'une situation qu'« on gère » au moment dans lequel les partenaires demandent l'intervention de l'EMPP, je montrerai ensuite leur imbrication dans un épisode d'une prise en charge.

## 1.2. L'articulation des quatre critères participant au basculement de « on gère » à « signalement »

Madame Dujardin fréquentait un centre d'hébergement d'urgence par intermittence et ce, depuis des années. Elle y était hébergée depuis quelques semaines quand un des animateurs a jeté un des multiples sacs qu'elle portait. Ces sacs contenaient, entre autre, de la nourriture pourrie, ce qui attirait des rats dans la cour du centre où les sacs étaient déposés pour la nuit et où madame Dujardin les récupérait tous les matins avant de partir. A partir de ce moment, madame Dujardin n'a plus voulu être hébergée et s'est installée sur un banc pas loin dudit centre d'hébergement. C'est ce que nous explique Philippe (46 ans), travailleur social de cette structure :

*« Effectivement, elle, elle a quitté le centre pour une histoire, je sais qu'on a vidé un de ses sacs parce que ses sacs étaient plein d'ordures. On a vidé un de ses sacs parce qu'on ne pouvait plus garder ses sacs dans les chambres, avec les rats qui arrivaient, par mesure d'hygiène. Le fait d'avoir fait ça, pof, elle s'est tirée, elle est sortie du centre, elle n'a plus voulu rentrer dans le centre. Elle s'est mise au fond, là-bas, pas très loin de chez nous, en fait. Elle s'est installée là-bas et puis elle a fait tout son truc. Est-ce que c'était une demande de sa part ? Tu peux te poser la question quand même. On lui disait : mais, venez, venez, venez. Non, je ne viendrai pas, je ne bougerai pas.*

*AM : Elle posait des problèmes comme ça avant ? Parce que là c'est devenu un problème majeur à ce moment-là.*

*Il y avait toujours le même problème d'hygiène, mais jusqu'à présent, on arrivait à gérer ça. Là, c'est vraiment qu'on a jeté un sac et, là, du jour au lendemain, pof. C'est vrai qu'on ne pouvait pas toucher à ses affaires. Un jour, il y a quelqu'un qui a pris une décision, qui a dit : on ne peut pas continuer comme ça.*

*AM : Mais on sentait déjà que dans sa tête, ça tournait pas rond ?*

*Oui, mais toujours. Moi, Madame Dujardin, moi je l'ai vue... On a une période où elle est plus venue. Pendant un an, on ne l'a pas vue. Mais quand elle est revenue, moi j'ai trouvé qu'elle avait pas trop changée, qu'elle avait les mêmes attitudes...*

*AM : C'est-à-dire ?*

*C'est-à-dire que, toujours, été comme hiver, toujours recouverte de manteaux, de trucs, toujours pas d'hygiène, toujours très dans des sacs remplis de trucs. Elle accumulait des trucs dans un chariot. Elle n'avait pas changé d'attitude : toujours restant à l'écart, ne rentrant pas. Le soir, je sais pas si elle venait manger.*

*AM : Là, vous avez demandé à Coralie (psychologue de l'EMPP) d'intervenir ?*

*C'est-à-dire qu'au bout d'un moment, effectivement, elle est partie. Au début, c'était en septembre, donc il faisait pas encore trop froid, donc, régulièrement, on allait la voir, on lui disait : « allez, venez Madame Dujardin. » Et puis, on commençait à lui en parler à Cora quand même. Et puis elle a été la voir et puis le temps s'est dégradé, il s'est mis à neiger, etc. et ça commençait à devenir assez hallucinant parce qu'il y avait des tas de poubelles qui s'accumulaient. Elle bougeait plus parce que, pendant un moment, elle bougeait, elle dormait là-bas mais... Là, elle est restée peut-être un mois sans bouger, assise sur le même banc jour et nuit, entourée de sacs poubelles, d'ordures, à ne pas bouger, à faire sur elle. C'était hallucinant. Donc là, on a tiré la sonnette d'alarme : 'il faut faire quelque chose, c'est pas possible.' C'est vrai que ça n'a pas été simple au départ. On a appelé la protection civile, on a appelé les pompiers parce qu'on pouvait difficilement intervenir puisqu'elle n'était pas dans notre centre. Donc on pouvait aller la voir, essayer de la convaincre et Coralie a essayé de le faire. »*

Chloé, travailleur social parle de Madame Dujardin dans ces termes :

*« elle avait passé un été habillée en hiver sur un banc et on allait lui amener des bouteilles d'eau, des trucs comme ça. Elle disait : je vais recevoir un fax, y a mon avion qui va partir, il faut que j'y sois, j'ai plein de papiers à faire, je serais jamais à temps dans mes paperasses. Elle avait des espèces d'idées, elle était souvent avec Eric, qui est un grand épileptique et qui faisait des grosses crises et, quand les pompiers arrivaient pour le récupérer, elle faisait un scandale, elle disait : mais, non, c'est pas les pompiers, vous allez le soigner avec des médicaments, il faut qu'il prenne de la tisane de machin. Et du coup, Eric, il se réveillait, enfin il était à moitié conscient et il refusait toujours d'aller chez le toubib parce que Madame Dujardin avait dit qu'il fallait lui mettre de la poudre de je sais pas quoi, que c'était parce qu'il ne buvait pas assez de jus de je sais pas quoi. Enfin elle a vraiment son monde. (...)*

*« Madame Dujardin, c'est quelqu'un qui se faisait pipi, caca dessus. Je sais pas si tu imagines, en plein été, habillée en hiver, c'était une infection. Elle dormait dans les bosquets. Quand on la récupérait, impossible de la laver. Madame Dujardin, je me souviens, le matin je lui ramenaient des draps... Le seul truc que j'ai réussi à faire à Madame Dujardin, c'était de lui faire enlever... Elle était entourée de draps, elle faisait pipi, caca dans ses draps. Je me souviens, j'arrivais, ça mettait une heure et demie, 2 heures le matin, c'était la folie, pour lui faire enlever un drap, c'est-à-dire un jour de caca. Voilà, on jetait le drap, je lui redonnais un drap, c'était donnant-donnant. Mais ça, ça a mis des mois. Et puis après, il y a eu l'histoire où Madame Dujardin, elle traînait des sacs et dans un état pas possible et dedans il y avait des rats, des souris en tout cas, qui avaient fait des nichées. Donc c'était l'horreur totale. Les femmes, elles pétaient les plombs là-haut. On a une chambre sans porte avec une grande fenêtre et, elle, elle voulait bien dormir là parce qu'elle avait l'impression de dormir dehors. Donc, on ouvrait grand les fenêtres, mais c'était obligatoire, c'était une infection. Je sais pas si t'imagines et les souris qui couraient partout, partout, les blattes. L'horreur, vraiment l'horreur.*

*AM : C'était la seule manière de l'avoir dans le centre ?*

*Et lui faire boire un peu d'eau. Oh la la la, la faire manger, c'était même pas la peine. Tu lui servais des assiettes, elle ouvrait son sac, elle mettait l'assiette pleine dans le sac. C'est inimaginable. »*

C'est ainsi que l'EMPP a été sollicitée pour intervenir dans la situation de Madame Dujardin. Les Equipes Sociales de Rue l'ont signalée à l'infirmier de l'EMPP référent de ces équipes et le centre d'hébergement d'urgence l'a signalée à la psychologue de l'EMPP, Coralie, qui en était la référente à l'époque. Depuis le signalement, la psychologue est venue la voir deux fois par semaine, à l'occasion de ces permanences habituelles dans le CHU en question. Elle l'a rencontrée également avec l'un des infirmiers lors des deux activités de rue de nuit qu'ils ont menées dans la période. Il s'agissait donc d'une veille intense autour de la situation. Comme nous l'avons vu dans l'extrait de l'animateur du CHU, la psychologue de l'EMPP n'avait jamais été sollicitée pour voir Madame Dujardin auparavant, ni par madame elle-même, ni par l'équipe du CHU. Un matin, à peu près 8 semaines après le premier signalement, le psychiatre de l'EMPP était au bureau de l'EMPP à l'hôpital et a été contacté par la psychologue, qui lui demandait de faire quelque chose pour Madame Dujardin en urgence. La veille, ce psychiatre avait téléphoné à la BAPSA<sup>1</sup> pour qu'ils essaient de la convaincre de se mettre à l'abri. On ne sait pas ce qui s'est passé entre la BAPSA et Madame Dujardin, car ce psychiatre avait demandé à être tenu au courant, ce qui n'a pas été le cas. Le fait était que la psychologue était au CHU ce matin pour sa permanence et avait rencontré Madame Dujardin toujours sur son banc, avec tous ses sacs pleins de pourriture, pas assez couverte et qu'il neigeait. L'équipe du centre d'hébergement n'en pouvait plus de cette situation et la direction de l'Institution Sociale Partenaire faisait pression sur l'EMPP pour que celle-ci fasse en sorte que Madame Dujardin soit déplacée, que ce soit de retour au CHU, en hospitalisation ou ailleurs. Et ce, d'autant plus que Madame Dujardin se trouvait juste en face du CHU et que la situation avait fait l'objet d'un reportage dans la presse écrite. Le psychiatre a téléphoné à la responsable médicale de l'Institution Sociale Partenaire pour préciser qu'il s'agissait d'une urgence médicale (« hypothermie et on ne sait plus quoi d'autre on peut trouver sous ses couvertures, du fait qu'on ne voit pas son corps ») et non pas psychiatrique. Il lui a expliqué que, de ce fait, il fallait envoyer les pompiers. Elle lui a dit de le faire et il lui a répondu que c'était à elle de le faire, en tant que responsable médicale de cette institution, et non pas au psychiatre de l'EMPP, car il ne s'agissait pas d'une prise en charge de nature psychiatrique. Il a ajouté qu'il

---

<sup>1</sup> BAPSA : Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abri (voir glossaire en annexe)

allait se déplacer tout de même, pour un éventuel complément d'évaluation, et que la psychologue de l'EMPP était déjà sur place. Madame Dujardin a refusé de suivre les pompiers, mais a finalement été déplacée par ces derniers jusqu'aux urgences.

La première question qui se pose concerne le fait que l'équipe partenaire n'a jamais demandé à la psychologue de l'EMPP de rencontrer cette dame pour une évaluation, alors qu'elle avait une longue histoire dans cette structure et que ce n'était pas simple pour l'équipe partenaire de l'héberger. D'ailleurs, cela montre encore une fois la capacité des partenaires à faire face à des situations aussi difficiles en cherchant à « gérer » plutôt qu'à la signaler ou à exclure simplement la personne. Car Madame Dujardin était toujours hébergée, la mission du centre pouvait être accomplie et donc, pour les partenaires, il n'y avait pas de raison de demander l'intervention de l'EMPP. En effet, il arrive régulièrement à l'EMPP d'être interpellée en urgence pour une personne que l'équipe partenaire considère bizarre, qui délire et qui est dans le centre depuis plusieurs semaines, sans qu'un signalement ait été émis auparavant. La personne sera probablement signalée à l'EMPP lorsque la mission ne pourra plus être accomplie, comme dans la situation de Madame Dujardin, ce qui représente un premier critère pour passer de « gérer » à « signaler ». Le deuxième critère analysé ici - celui des relations entre les partenaires et l'intervenant de l'EMPP - n'apparaît pas dans cet extrait de façon évidente : les partenaires n'expriment pas explicitement un refus à travailler avec la psychologue de l'EMPP, mais nous avons vu, dans un extrait d'entretien précédent (Charlotte, conseillère sociale) qu'ils « vont au plus urgent ». Il est néanmoins possible de se poser la question de savoir si les partenaires auraient fait le signalement plus rapidement, plutôt que de gérer aussi longtemps, si psychologue et partenaires avaient une meilleure relation, par exemple, si la psychologue avait été copine avec une des conseillères sociales, ou même sur le registre professionnel, si l'équipe du centre avait plus de confiance dans le travail de la psychologue. Ceci nous amène aux critères suivants, concernant l'effet d'apprentissage. Les partenaires expriment une certaine insatisfaction par rapport aux réponses de la psychologue, dans des situations précédentes, comme l'on peut voir plus haut, encore dans les récits de Charlotte. Cet apprentissage ne l'encourage pas à demander l'intervention de l'EMPP, donc elle ne sollicite cette équipe que lorsque les situations sont devenues urgentes (signalement sélectif). Enfin, pour ce qui est des conceptions sur les savoirs, si les partenaires estimaient que leur savoir n'était pas suffisant pour garantir l'accomplissement de la mission, ils auraient demandé l'intervention psy avant qu'elle ne quitte la structure. Ils auraient pu, par exemple,

estimer que leur savoir ne suffisait pas pour prendre la décision de jeter le sac de Madame Dujardin et chercher l'avis de la psychologue sur ce point. Ce n'est que quand ils ne savaient plus comment s'y prendre qu'ils ont fait le signalement, quand ils ont été mis face au fait que leur savoir ne suffisait pas pour gérer la situation<sup>1</sup>. Et d'ailleurs, à ce moment là, ils ont sollicité plusieurs institutions : la police, la protection civile, les pompiers et la psychiatrie. Donc ce n'était pas forcément le savoir psychiatrique qui était convoqué, mais la possibilité et la légitimité de l'EMPP et des autres équipes sollicitées, d'« aller vers », en l'absence de demande et d'intervenir sous contrainte.

Effectivement, cette situation présente des éléments qui relèvent des compétences de différentes équipes. Avec toute la saleté que Madame Dujardin avait installé autour d'elle et les rats qu'elle attirait, est-ce qu'il s'agissait d'un trouble de l'ordre public et donc est-ce que cela relevait de la police ? Est-ce que cela représentait un danger pour autrui ou pour elle-même ? Est-ce que c'était du fait d'une maladie mentale qu'elle était dans cet état et, le cas échéant, est-ce que cela relevait d'une hospitalisation en psychiatrie ou des soins en ambulatoire (CMP) ? Comme elle ne bougeait pas depuis plusieurs semaines et qu'il neigeait, il était possible de supposer qu'elle avait des problèmes de santé et qu'en tout cas elle risquait de mourir de froid, donc qu'il s'agissait d'une urgence somatique et dans ce cas, c'était au Samu ou aux pompiers d'intervenir, avec une orientation aux urgences d'un hôpital général. Si les acteurs étaient d'accord pour considérer qu'il y avait bien trouble de l'ordre public, qu'il y avait bien une pathologie mentale et qu'il y avait bien un risque vital, c'est l'urgence vitale qui devrait primer. Encore fallait-il que Madame Dujardin soit consentante aux soins ou, si elle le refusait, qu'elle soit inconsciente pour qu'elle puisse être amenée sans son consentement. Cependant, le plus souvent, les acteurs ne s'accordent pas sur l'évaluation de la situation : les uns estimaient que certes, sa présence sur un lieu public faisait désordre, mais ce n'était pas si grave au point de justifier une intervention de la police ; les autres trouvaient qu'elle n'était pas en forme mais il n'y avait pas vraiment de risque vital, donc ce n'était pas la peine de demander l'intervention des pompiers ; et enfin, c'était vrai qu'elle délirait, mais ce n'était peut-être pas une raison pour l'hospitaliser. Tous étaient s'accordaient sur le fait qu'il fallait faire quelque chose, qu'il n'était pas possible de la laisser sur son banc, mais qui

---

<sup>1</sup> Aussi, pendant tout le temps que la psychologue allait rencontrer Madame Dujardin sur son banc pour essayer d'établir un lien permettant de la convaincre de se mettre à l'abri, voire de se faire soigner, pendant tout ce temps, les partenaires disaient qu'elle ne faisait rien. Ce n'est que lorsque Madame Dujardin a été emmenée de son banc, qu'ils ont dit « enfin quelqu'un a fait quelque chose ! ». Et ce, même sans savoir quelle suite sa prise en charge avait eu et quelle avait été l'efficacité de l'opération.

devait intervenir ? Dans le doute sur qui peut régler le problème, les partenaires peuvent être amenés à solliciter plusieurs équipes, comme dans la situation de Madame Dujardin.

Le fait que le signalement ait été effectué dans une logique sélective, c'est-à-dire seulement lorsque l'équipe partenaire et même toute l'Institution Sociale Partenaire ne savait plus comment gérer, a des implications importantes pour la place de l'EMPP. Elle n'avait pas beaucoup de temps pour agir, donc pas assez de temps pour créer un lien de confiance avec Madame Dujardin, pour une évaluation plus complète de son état psychique, pour travailler à *créer une demande ou faire accepter* des propositions d'hébergement, de soins ou autres et même pas assez de temps pour évaluer la nécessité d'une intervention sous contrainte basée sur ses éventuels troubles psychiques. Peut-être l'EMPP aurait eu l'occasion de faire ce travail si le signalement avait été transmis des mois auparavant. A l'occasion de cette intervention, le psychiatre de l'EMPP avait accepté l'hypothèse d'une hospitalisation en psychiatrie, peut-être même sous contrainte, seulement il n'avait pas pu rassembler des éléments suffisants pour rédiger un certificat à cette fin. Ainsi, ces signalements trop sélectifs, arrivant parfois à des sollicitations en urgence, rendent le travail de l'EMPP difficile, parfois impossible. Il est souvent vécu par l'ensemble des acteurs comme une mauvaise expérience et ne contribue pas à améliorer leur relation et donc, d'une certaine manière et paradoxalement, à renforcer la tendance à la sélection des signalements.

Revenons aux rapports entre les quatre critères présentés ci-dessus. J'insiste sur le fait qu'ils ne sont pas les seuls à participer au basculement entre « gérer » et « signaler », mais ils constituent les principaux critères que j'ai pu identifier<sup>1</sup>. J'insiste également sur le fait que ces critères interagissent entre eux, soit pour se renforcer, soit pour s'atténuer les uns les autres. Par exemple, même si le partenaire n'estime pas que sa mission auprès d'un usager est menacée, si sa relation avec l'intervenant EMPP est bonne et qu'il a une bonne expérience des interventions précédentes de cet intervenant, il peut lui signaler cet usager, histoire de confirmer son point de vue ou de le légitimer vis-à-vis de ses collègues ou encore d'arrêter les bizarreries de l'usager, qui ne sont pas vraiment un empêchement à l'accomplissement de la mission mais, sur un mode normatif, sont désagréables. Des signalements un peu plus

---

<sup>1</sup> D'autres éléments entrent en ligne de compte comme l'intensité du contact entre usager et équipe partenaire (qui dépend par exemple du nombre d'usagers dans la structure, du nombre de professionnels, de l'architecture de la structure, de l'organisation du temps et des activités...) et l'intensité du contact entre l'intervenant EMPP et l'équipe partenaire (fréquence et régularité des passages, nombre d'usagers et professionnels...).



systematiques donnent plus de marge de manœuvre à l'EMPP qui peut prendre le temps avec les équipes partenaires, puis éventuellement avec l'utilisateur, de décider s'il faut intervenir, comment, essayer des propositions différentes, qui permettent d'éviter les situations d'urgence ou, tout au moins, de mieux intervenir, si elles n'ont pas pu être évitées. Cela produit généralement des expériences plus favorables pour l'ensemble des acteurs et une meilleure relation entre eux, ce qui entraîne souvent un renforcement de la tendance au signalement systématique<sup>1</sup>.

Ainsi, en plus de constituer un critère influant directement sur l'économie entre « gérer » et « signaler », chaque critère modifie et est modifié par les autres. Par exemple, le critère de la conception sur les savoirs intervenant directement sur cette économie fait que, si le partenaire pense que son savoir doit composer avec ceux des autres intervenants, il aurait plutôt tendance à émettre des signalements à l'EMPP. Cette tendance s'exprimera ou pas dans la mesure où elle est renforcée ou atténuée par un ou plusieurs des trois autres facteurs (si l'intervenant pense ou pas que l'accomplissement de la mission auprès d'un usager est menacée ; s'il a ou pas une bonne relation avec les EMPP ; s'il a ou pas une bonne expérience d'intervention en partenariat avec l'EMPP). Par ailleurs, ce critère (conception sur les savoirs) est également susceptible de modifier chacun des autres critères : la qualité de la relation avec l'EMPP, ainsi que les expériences vécues avec eux, sont fondées, entre autres, sur la conception des savoirs. C'est-à-dire que si le partenaire est persuadé qu'il faut hospitaliser une personne en psychiatrie, si l'intervenant de l'EMPP évalue que cela n'est pas nécessaire, le partenaire peut garder un mauvais souvenir de cette expérience avec l'EMPP (« ça sert à rien de leur faire des signalements, ils ne font rien »). De plus, sa relation avec l'intervenant EMPP peut s'en trouver ternie, le tout s'équilibrant avec les expériences antérieures et la relation déjà existante entre les acteurs en question. Aussi, les expériences vécues (effet d'apprentissage) peuvent-elles changer les conceptions des savoirs et la qualité des relations entre intervenants EMPP et partenaires.

Le passage entre « gérer » et « signaler » est donc le résultat de l'interaction entre ces différents critères. Cette interaction rend ce passage plus facile et fréquent, avec des

---

<sup>1</sup> Aucun des extrêmes n'est intéressant ni utile, mais la tendance du terrain étant à la sélection, et pouvant arriver à des extrêmes dans ce sens, le travail de l'EMPP a souvent été de renverser cette tendance vers des signalements plus systématiques.

signalements de plus en plus systématiques ou, à l'inverse, elle le rend plus difficile, avec des signalements de plus en plus sélectifs. Ce que j'ai constaté sur le terrain est une pratique plutôt sélective de signalements. Toute personne ayant ou étant supposée avoir des troubles psychiques n'est donc pas signalée à l'EMPP et, à l'inverse, toute personne signalée ne l'est pas au titre d'un trouble psychique constaté ou supposé. Maintenant que j'ai développé les principaux critères participant au fait que les équipes partenaires basculent de « gérer » à « signaler » une personne à l'EMPP, je vais me pencher sur le contenu de ces premières demandes d'intervention et sur les articulations entre les acteurs permettant la production de réponses.

## **2. Le signalement et les trois modes de prise en charge par l'EMPP**

Ce jeu entre la demande initiale et la première réponse constitue un point important de la construction de la place de l'EMPP, dans la mesure où demander ou pas un type d'intervention à l'EMPP peut signifier lui attribuer telle ou telle place. De même que la façon de répondre ou pas à une demande peut signifier accepter ou refuser d'occuper telle ou telle place. Par exemple, lorsque les partenaires demandent à l'EMPP d'accompagner une personne dans un CMP, personne qui n'est pas suivie par l'EMPP, celle-ci est amenée à préciser ses missions : elle ne fait pas le taxi ; les accompagnements dans cette équipe se font dans le cadre d'un suivi, d'une relation avec l'utilisateur et avec l'équipe du CMP. Dans le même temps, cette réponse sert à poser, pour les partenaires, que tout acte concernant des personnes suivies en psychiatrie ne relève pas forcément de l'EMPP : l'équipe sociale peut contacter directement le secteur pour tout détail concernant cette prise en charge, sans passer par l'EMPP. Celle-ci se positionne donc en retrait par rapport à cette prise en charge. Au contraire, si l'EMPP accepte de faire ce type d'intervention, cela peut signifier qu'elle accepte la position de dépanneur, de chauffeur, d'interlocuteur unique du secteur.

Ainsi, lorsqu'un partenaire demande à l'intervenant EMPP de rencontrer une personne parce que celle-ci a besoin de parler, cet intervenant peut, par exemple, demander plus de précisions au partenaire et, sans voir l'utilisateur ou après quelques rencontres, proposer une orientation en CMP, ce qui le met en place d'expert : il ne répond pas directement à la demande de prise en charge, il évalue et oriente. Si au contraire cet intervenant évalue qu'il doit faire un travail

auprès de la personne avant qu'elle puisse accepter une orientation, il se met dans la position d'une passerelle entre le partenaire et l'utilisateur d'un côté, et entre eux et l'équipe du secteur de l'autre côté. Si, enfin, cet intervenant évalue qu'il n'est pas nécessaire ou utile d'orienter la personne vers une autre structure, mais qu'il lui faut juste quelques interventions que l'EMPP peut assurer, il assume la prise en charge à part entière. Ces trois possibilités correspondent aux trois modes de prise en charge effectués par l'EMPP, qui sont caractérisés selon l'objectif, l'interlocuteur principal, la nature des interventions effectuées et la durée de la prise en charge. Le tableau suivant reprend schématiquement la caractérisation des trois modes de prise en charge exposés dans l'introduction de cette étude :

Tableau 10 : Les trois modes de prise en charge :

	<b>Expertise</b>	<b>Passerelle</b>	<b>A part entière</b>
<b>Objectif</b>	Passage de relais	Passage de relais	Prise en charge par l'EMPP
<b>Interlocuteur principal</b>	Partenaires	Partenaires et usager	Usager
<b>Nature des interventions</b>	Evaluation et orientation	Suivi/soutien et accompagnements	Suivi/soutien et accompagnements
<b>Durée de la prise en charge</b>	Courte	Moyenne à longue	Variable

Les modes de prise en charge, tels qu'ils ont été définis, dessinent une certaine configuration de la distribution des pouvoirs : qui peut/doit intervenir légitimement, qu'elles sont les interventions légitimes pour chaque acteur. Cependant, il est rare qu'une prise en charge corresponde complètement - ou uniquement - à un seul des types présentés, mais aura tendance, à un moment donné, à se rapprocher plus de l'un d'entre eux. Ainsi, une prise en charge peut fonctionner de la même façon du début à la fin ; une autre peut varier au fil du temps, commençant plutôt comme une *expertise*, pour évoluer vers une prise en charge *à part*

entière et ensuite ressembler plus à une prise en charge *passerelle*, par exemple<sup>1</sup> ; enfin, une prise en charge peut également être caractérisée différemment en fonction des intervenants qui y participent : par exemple, l'assistante sociale intervenant pour une *expertise* tandis que l'infirmier intervient comme *passerelle*. Etant donné que ces contours sont assez flous dans la pratique, le travail micropolitique des acteurs, pour la définition de qui doit intervenir, comment, jusqu'à quel point, est au cœur des interventions. Et ce travail fait ou évite de varier le mode de prise en charge et, par conséquent, la place de l'EMPP. Comme nous l'avons vu dans le cas de Madame Dujardin, l'EMPP a essayé de rester à la place qu'elle considérait être la sienne en tant qu'équipe psychiatrique, entre une position *d'expertise* (pour le psychiatre) et de *passerelle* (pour la psychologue et l'infirmier). Dans ce sens, elle a essayé d'éviter de répondre à la demande « faites ce que vous voulez mais sortez cette femme de là » des partenaires, demande qui pouvait concerner la police ou les pompiers au moins autant que l'EMPP. La demande essayait d'attribuer toute la responsabilité de la prise en charge à l'EMPP, ce qui revient à légitimer son intervention, mais surtout à illégitimer sa non-intervention. Pour les partenaires, cela aurait été tout à fait légitime que le psychiatre trouve le moyen de mettre Madame Dujardin dans le camion de l'EMPP, même de force, pour l'accompagner aux urgences, au CPOA ou à l'hôpital psychiatrique, qu'importe. Pour eux, ceci aurait été une *intervention ajustée* alors que le contraire aurait été considéré comme du *sous-interventionnisme*. Cependant, le psychiatre a essayé en permanence d'opérer une redistribution des pouvoirs et de changer la légitimation des différents acteurs pour intervenir. Dans ce sens, il a insisté sur la qualification du problème en tant qu'urgence somatique et non pas psychiatrique ; de ce fait, c'était aux pompiers d'intervenir et non pas à l'EMPP ; puis il a insisté pour que ce soit la responsable médicale de l'Institution Sociale Partenaire qui les sollicite.

Le signalement, demande d'intervention par un tiers, ne détermine donc pas définitivement le mode de prise en charge, étant donné les différentes formes qu'elle peut prendre dans son déroulement. Il n'en demeure pas moins qu'il pose un cadre avec lequel l'EMPP doit composer. Aussi, les éventuelles demandes des partenaires qui surviendront tout au long de la prise en charge sont-elles autant d'éléments qui peuvent modifier le type de prise en charge

---

<sup>1</sup>Voir à ce propos dans G. Nauleau (2001) des récits qui mettent en évidence la nécessité d'un travail thérapeutique préalable à l'accès aux soins de droit commun, ce travail ressemblant à une prise en charge à part entière puis progressivement à une prise en charge *passerelle*, au bout de laquelle se trouve le passage de relais.

ou, au contraire, empêcher qu'il ne change, ce qui correspond à proposer ou éviter une nouvelle distribution des pouvoirs, comme nous allons voir dans les chapitres à venir.

### **Conclusion du chapitre :**

Nous avons vu dans ce chapitre que les partenaires ne demandent pas l'intervention de l'EMPP uniquement en fonction des troubles psychiques constatés ou soupçonnés chez les usagers, mais aussi en fonction d'autres critères, et notamment les quatre que j'ai exposé. Ces critères, se combinant entre eux pour se renforcer ou s'atténuer, font que les partenaires passent - ou ne passent pas - de « gérer » à « demander » l'intervention à l'EMPP et ce, de façon plus sélective et plus despécifique ou, au contraire, de façon plus systématique, ce qui accentue sa spécification.

Nous avons vu ensuite les implications de ces demandes trop sélectives ou trop systématiques pour la position que l'EMPP peut occuper dans la prise en charge, notamment dans l'articulation entre les partenaires et l'EMPP. Puis nous avons vu trois modes de prise en charge qui constituent un cadre pour penser le travail politique autour de la position de l'EMPP par rapport aux partenaires et aux usagers, dans les différents temps des prises en charge.

Dans le présent chapitre, il était question des demandes d'intervention formulées par les partenaires auprès de l'EMPP, demandes qui permettent, voire qui exigent, l'entrée de cette équipe dans les prises en charge avec, par conséquent, une redistribution des pouvoirs et un travail pour les légitimer. Dans ce contexte, les demandes d'intervention psychiatrique par les partenaires a tendance à être intense (pour qu'il y ait de plus en plus de présence de professionnels psy dans les structures sociales) et despécifique (pour intervenir sur des problèmes de moins en moins liés à la psychiatrie). Globalement, les partenaires ont tendance à dénoncer un *sous-interventionnisme* de la psychiatrie en général et de l'EMPP en particulier tandis que les usagers, au contraire, ont tendance à considérer la psychiatrie comme *sur-interventionniste*. Dans le chapitre suivant, il s'agira des demandes des usagers, celles qui permettent le développement de la prise en charge. J'avais cependant précisé auparavant que les usagers sont rarement en demande d'intervention psychiatrique et qu'ils vivent souvent les propositions d'intervention de l'EMPP comme du *sur-interventionnisme* et donc comme

illégitimes. Nous allons voir que, si du point de vue moral l'EMPP peut légitimement intervenir à partir d'une non-demande, du point de vue pratique cela ne peut pas se faire sans un travail pour amener la personne à la zone de demande. C'est ce travail pour *créer une demande ou faire accepter* qui sera étudié ensuite.



## Chapitre 6 : Créer une demande ou faire accepter une proposition

Lorsque j'ai envisagé le thème de la demande des usagers en psychiatrie, dans le cadre d'un DEA, je la considérais comme une manière pour eux de participer aux décisions relatives à leur prise en charge en tant que décideurs et non pas, ou en tout cas moins, en tant que légitimateurs des décisions que d'autres acteurs avaient prises pour eux. Dans ce cadre, la demande, ainsi que le refus, par exemple, était un indice de leur autonomie, de leur capacité à s'autodéterminer : la personne estimait savoir ce qui lui convenait et en faisait la demande aux personnes susceptibles de lui permettre d'obtenir satisfaction. Cela s'érigait en opposition aux situations dans lesquelles l'utilisateur ne sait pas ce qu'il veut ou n'arrive pas à formuler une demande, et dans lesquelles les autres acteurs, professionnels, famille, tuteur – décident à sa place et lui proposent cette décision pour approbation. Sa participation est de dire « oui », de donner son consentement, ce qui a pour effet de légitimer la décision : c'est conforme au souhait de l'utilisateur. Ces deux positions de l'utilisateur, en tant que décideur ou en tant que légitimateur, représentent deux extrêmes d'un continuum et il s'agissait, dans l'étude, de comprendre ce qui faisait varier la position de l'utilisateur entre ces deux pôles<sup>1</sup>. La demande a été identifiée comme un des éléments faisant varier la place de l'utilisateur vers le pôle de décideur, ce qui correspond à avoir plus d'autonomie, plus de maîtrise sur ce qui se passe dans sa vie. Il faut préciser que cette analyse était faite à partir d'un Centre de Jour (une structure accueillant trois unités fonctionnelles : hôpital de jour, CMP et CATTP<sup>2</sup>) d'un secteur de psychiatrie, avec une population bien connue des professionnels (entre 3 et 15 ans de prise en charge par le même secteur) et ayant un contact quotidien, ou quasiment, avec eux. Dans ce contexte, et pour mieux comprendre le rôle joué par la demande des usagers, il est possible d'établir un lien avec l'analyse faite par Livia Velpry (2008) à partir du même type de structure.

---

<sup>1</sup> La contrainte à proprement parler était exclue des situations observées, car celle-ci n'est possible que dans le cadre d'hospitalisation à temps plein (sauf quelques exceptions d'obligation de soin, qui n'étaient pas représentées dans l'enquête), comme nous allons le voir dans le chapitre 8. Dans ce contexte, toutes les personnes prises en charge étaient consentantes aux soins, même si parfois, elles disaient « oui » faute de pouvoir dire « non », ce qui correspond à la situation plus proche du pôle « légitimateur ». Pour plus de détails, voir Marques (2002).

<sup>2</sup> CMP (Centre Médico-Psychologique) ; CATTP (Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel). Pour tous les sigles, voir annexe 1.



Cet auteur analyse les interventions dites thérapeutiques à partir de trois registres d'action : « laisser faire », « faire pour » et « faire faire ». Les deux premiers registres sont mobilisés par un des deux régimes de justification de l'intervention, le régime d'« accueil et d'engagement », qui a pour but d'« accrocher<sup>1</sup> » le patient. Le deuxième régime de justification, celui de « transformation et d'autonomisation », mobilise les registres du « faire pour » et du « faire faire », avec pour finalité de faire décrocher le patient. Ainsi, Livia Velpry explique que lorsque le patient est réticent à s'engager dans une relation thérapeutique, tout est fait par les professionnels pour qu'il puisse avoir un lien avec l'équipe et très peu, voire rien n'est exigé de lui. Au contraire, une fois que le lien est établi, que la personne est engagée dans le travail thérapeutique, l'équipe peut exiger et contraindre la personne pour obtenir d'elle une modification de son comportement vers plus d'autonomie, celle-ci étant entendue comme la capacité à agir de manière adaptée et cette adaptation étant jugée par l'équipe. Ainsi, dans le cadre de mon DEA, le travail pour « accrocher » les usagers au travail thérapeutique était bien engagé, en tout cas au moment où l'étude a été faite, et ils étaient dans un lien de dépendance avec l'équipe. Ce qui était recherché dans la prise en charge de ces personnes c'était une autonomisation (décrocher). La demande, si elle était jugée adaptée, se lisait comme un indice et un promoteur de cette autonomie.

Cette situation est complètement renversée par le contexte du travail de l'EMPP auprès des personnes vivant dans les circuits de rue, justement parce que la plupart du temps, ce lien entre l'intervenant et la personne, cette accroche, n'est pas encore créé ou est très fragile. Dans ce contexte, la demande peut être justement une manière d'accrocher, de créer un lien, de créer une certaine dépendance, de permettre aux intervenants d'avoir prise sur la personne. Ce n'est peut-être pas un hasard si les personnes définies par les intervenants comme « ceux qui ne demandent (plus) rien » considèrent leur « liberté » comme valeur principale. Comme si elles considéraient que, d'une certaine manière, adresser une demande aux institutions pouvait porter atteinte à leur liberté. Par exemple, lorsque les personnes vivant dans les circuits de rue tiennent à dormir au chaud et demandent à avoir une place en centre d'hébergement, elles dépendent alors de l'institution pour l'avoir et pour la garder. D'emblée, elles ne sont pas libres de faire ce qu'elles veulent dans les centres, car elles doivent respecter quelques règles, dont l'heure d'arrivée et de départ des centres, l'interdiction d'avoir et de

---

<sup>1</sup> Ce terme est très présent sur le terrain, aussi bien chez les acteurs du social, du psychiatrique et de la psychiatrie-précarité. Aussi on le retrouve beaucoup dans la littérature pour décrire le début de la relation entre l'intervenant - ou un service - et l'utilisateur, toujours dans ce sens, jamais dans le sens inverse : dans le discours, c'est l'intervenant qui essaye de faire en sorte que l'utilisateur accroche, pas le contraire.

consommer de l'alcool et des drogues. Ensuite, les intervenants peuvent s'appuyer sur cette demande forte d'hébergement pour faire faire à l'usager d'autres choses, comme se soigner, car les hébergements sont prolongés lorsque les personnes justifient des démarches en cours, notamment de santé. En revanche, l'institution n'a aucune prise sur ceux qui n'acceptent et/ou ne demandent pas à être hébergés, nourris, soignés, etc. Je n'entrerai pas dans le débat sur ce que les usagers et les intervenants considèrent être la dépendance, la liberté (liberté de boire quand on veut, liberté de dormir dehors ou dans un centre d'hébergement, de se soigner ou pas) car cela demanderait un trop grand détour pour le besoin de ma démonstration. Il suffit de retenir que la demande peut, dans certains cas, être liée à la dépendance et dans d'autres, au contraire, à l'autonomie. Cela ne signifie pas qu'à chaque catégorie de population (population sans-domicile, population résidente des secteurs) corresponde un rapport bien déterminé à la demande. Je ne veux pas dire par là que la demande rende dépendantes les personnes vivant dans les circuits de rue ou soit signe de leur dépendance alors que, pour les personnes ayant un domicile, la demande rend autonome ou est signe d'autonomie. Je veux montrer, en me fondant sur l'analyse de Livia Velprey, qu'en fonction du moment de la prise en charge, la demande peut avoir l'un ou l'autre effet (créer de la dépendance ou, au contraire, de l'autonomie) et peut être considéré par les acteurs plus d'une manière que d'une autre.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, lorsque l'EMPP rencontre les personnes vivant dans les circuits de rue, il arrive que certaines d'entre elles expriment des demandes spontanées mais le plus souvent, ces demandes ne permettent pas aux intervenants d'accomplir leur mission<sup>1</sup> - ce qui est différent de dire qu'aucune demande n'est exprimée ou que la personne n'a aucune demande<sup>2</sup>. Il arrive enfin que les usagers refusent les propositions qui leur sont faites par les intervenants. C'est dans ce cadre, de non-demande ou de refus d'une proposition, que le travail pour *créer une demande ou faire accepter* est mis en route. Mais aussi, lorsque la personne est en demande sur un thème (obtenir le RMI, par exemple), cela permet à l'équipe d'aborder un autre thème (les soins psychiatriques, par exemple) et de déclencher ce travail pour transformer une non-demande ou un refus à ce sujet. Ce travail

---

<sup>1</sup> Sauf si l'on considère que demander un café peut permettre à l'EMPP d'accomplir sa mission, du fait que cela permet un début de relation. Mais quand on dit qu'ils n'ont pas de demande permettant d'accomplir la mission, ce n'est pas qu'ils ne demandent pas un café, c'est qu'ils ne demandent pas à rencontrer un psy, ils ne demandent pas de soins, même pas le RMI ou la carte vitale. Parce que la mission de l'EMPP n'est pas de distribuer du café, des repas, des chaussettes ou des duvets, même si tout cela peut être proposé. Mais certains ne demandent même pas de café, voire ne l'acceptent pas.

<sup>2</sup> Pour simplifier la lecture, dorénavant, lorsque je dirai qu'une personne n'a pas de demande, c'est bien de demandes permettant à l'intervenant d'accomplir sa mission qu'il s'agit et il reste sous entendu que la personne peut avoir, qu'elle a fort probablement d'autres demandes, comme je l'ai montré dans le chapitre 4.

n'est pas propre aux intervenants de la psychiatrie, ni du travail social, ni même de ceux qui interviennent auprès des personnes vivant dans les circuits de rue. On voit aussi cette préoccupation d'obtenir l'accord ou de susciter une demande dans des lieux d'écoute (Fassin, 2004) ou dans des lieux de soins, notamment depuis les lois sur le consentement aux soins<sup>1</sup>. Cependant, ce travail a une importance capitale dans le quotidien de l'EMPP et il représente un des points névralgiques où se joue la distribution des pouvoirs entre les acteurs. Le processus qui sera décrit ci-dessous montre comment les professionnels n'ayant pas de prise sur les personnes en situation de rue pour accomplir leur mission, essaient de créer ces prises qui permettront des négociations avec l'usager sans mettre en péril la possibilité de maintenir le contact avec lui. Car, tant que la personne n'a pas besoin de l'intervenant (qu'elle ne manifeste pas ou qu'elle n'éprouve pas le besoin) ou, a minima, tant que la personne n'accepte pas, ne fût-ce que la présence de l'intervenant, celui-ci ne peut pas agir auprès d'elle. Pour mettre en place quoi que ce soit pour ces personnes, soit il faut passer par la contrainte et cela ne peut se faire que dans des contextes très particuliers, comme nous le verrons dans le chapitre 8, soit il faut travailler auprès de la personne pour qu'elle accepte la proposition qui lui est faite ou, encore mieux, pour qu'elle soit en demande<sup>2</sup>.

Le travail pour *créer une demande ou faire accepter* est celui qui vise à faire en sorte que la personne éprouve un besoin et exprime une demande. Tant que ce travail n'aboutit pas, on reste au stade de non-demande ou de refus. C'est-à-dire que soit la personne ne formule aucune demande, mais peut potentiellement accepter une proposition faite par l'intervenant, soit elle refuse la ou les propositions qui lui sont faites. Par exemple, l'intervenant estime, depuis plusieurs semaines, que cette personne rencontrée sur son bout de trottoir nécessite des soins psychiatriques. Elle accepte le contact avec les intervenants de l'EMPP, mais ne demande pas de soins et les refuse, lorsque cela lui est proposé. Ce jour-là, elle a très froid ; l'intervenant lui propose une énième fois de l'accompagner au CPOA, lui expose les avantages d'une telle proposition et elle finit par accepter. Peut-être n'a-t-elle pas accepté en pensant aux soins mais à l'abri, toujours est-il qu'elle a accepté la proposition. Ainsi, lorsque l'usager est dans le refus, les intervenants se contentent de le faire accepter, même si, dans l'idéal, l'objectif est de créer une demande. Quoiqu'il en soit des objectifs de ce travail à court, à moyen ou à long terme, ce sont les mêmes procédures qui sont utilisées, que ce soit

---

<sup>1</sup> Surtout la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

<sup>2</sup> Voir A. Ogien (1989, chapitre 7) à propos de la nécessité d'une demande pour entamer un travail ou, à défaut, la possibilité de le faire légitimement à partir d'une acceptation.

pour créer une demande ou pour faire accepter. Autrement dit, c'est le résultat qui apparaît en termes de demande créée ou bien d'obtention d'une acceptation, car le travail effectué est le même et l'objectif final est le même, à savoir créer une demande. C'est pour cette raison que je parlerai sans distinction d'un travail pour *créer une demande ou faire accepter*. Reprenant le schéma présenté dans le chapitre 4, des trois cercles qui s'entrecroisent et qui représentent la demande, la non-demande et le refus, l'objectif de ce travail est de faire en sorte que la personne quitte le refus ou la non-demande pour passer à la zone de demande, ne fût-ce qu'en termes d'acceptation (entre demande et non-demande), de demande ambiguë (entre demande et refus), ou de demande pour plaire ou faire taire (l'intersection entre demande, non-demande et refus).

Avant de montrer comment ce travail pour créer une demande ou faire accepter est effectué, dans quel contexte et par qui, il est nécessaire de comprendre, sur le plan pratique, quelle est son utilité en fonction des différentes situations. Autrement dit, pourquoi faut-il avoir l'accord ou la demande de la personne pour lui trouver des ressources ou un logement, pour prendre un rendez-vous pour elle en CMP ou pour l'amener au CPOA, par exemple ? J'insiste sur le fait que mes descriptions et analyses porteront ici sur le plan pratique, sur ce qui peut ou non se produire concrètement sur le terrain dans telle ou telle situation. Je laisse donc de côté tout ce qui touche au plan moral, dans le sens de ce qu'il est ou pas légitime de faire dans ces mêmes situations, même si bien évidemment ces deux dimensions, pratique et morale, sont étroitement liées<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> La différence entre une approche morale et une approche pratique de la nécessité de la demande - ou de l'acceptation - apparaît dans l'exemple suivant : du point de vue pratique, il est possible de prendre de force une vieille dame affaiblie, menue, qui ne marche pas très bien et de la mettre dans un véhicule pour l'amener au CPOA. Cela peut même être exécuté par deux intervenantes. Si cette personne est en demande ou en acceptation, c'est mieux, mais du point de vue pratique, on peut s'en passer. Cependant, ces deux intervenantes auront du mal à prendre de force un jeune homme d'1,90m, très fort et dont on connaît les capacités de violence. Dans ce cas, les intervenantes ont besoin, d'un point de vue pratique, d'avoir une demande ou une acceptation de la part de l'utilisateur pour effectuer cette intervention. La discussion morale, au contraire, porte sur la légitimité de faire ou de pas faire quelque chose et passe par d'autres questionnements : savoir s'il est légitime de prendre les gens de force, s'il est légitime de laisser une petite dame sur le trottoir alors qu'elle est fragile et peut-être en danger, s'il est légitime de prendre de force ce jeune homme qui paraît plus à même de se défendre de la violence de la rue, par exemple.

## 1. De la nécessité de *créer une demande ou faire accepter* sur un plan pratique

Je vais maintenant exposer deux éléments permettant de comprendre, sur un plan pratique, la nécessité d'obtenir une demande ou l'acceptation de l'utilisateur. Je commencerai par le fait que les personnes vivant dans les circuits de rue sont très susceptibles d'abandonner une prise en charge, surtout si elles ne sont pas partie prenante des démarches en cours. Il est donc fondamental de *créer une demande ou faire accepter* les propositions pour construire et maintenir une accroche, de façon à éviter une rupture de prise en charge. J'aborderai ensuite le fait que certaines démarches nécessitent une participation active de la part de l'utilisateur et donc, s'il n'est pas au moins d'accord pour l'effectuer, l'intervenant ne peut pas le faire à sa place. Dans ce deuxième cas, l'acceptation ou la demande permet l'avancée de la prise en charge, mais surtout la création de la demande est fondamentale pour avancer vers le décrochage de l'utilisateur par rapport à l'EMPP, au moment du passage de relais à d'autres équipes.

### 1.1. Le risque de défection

Le premier point que je vais développer, pour montrer l'importance de ce travail auprès de la population - personnes vivant dans les circuits de rue -, est le fait qu'elle utilise très facilement la voie de la défection (A. Hirschman, 1995), dans le sens où il arrive très souvent que ces personnes ne se rendent plus ou quittent les lieux où elles pouvaient être prises en charge<sup>1</sup>. Et, bien évidemment, si la personne ne peut pas être rencontrée, par l'EMPP ou par ses partenaires, il est concrètement très difficile, voire impossible d'intervenir sur elle.

Selon Albert Hirschman, il existe trois types de réaction qui peuvent être déclenchées en cas de dysfonctionnement d'une organisation : la défection (*exit*), la prise de parole (*voice*) et le loyalisme (*loyalty*). Quand une personne exprime son mécontentement indirectement, abandonnant une situation qui ne correspond pas à ses besoins ou attentes, elle prend la voie de la défection. Il n'y a pas de confrontation directe entre la personne et l'organisation en question. En revanche, la prise de parole est la formulation de critiques expresses et « *admet une multitude de degrés, du ronchonnement à peine perceptible à la récrimination violente* »

---

<sup>1</sup> Voir I. Parizot (2003).

(p.33). Enfin, la personne agissant sur le mode du loyalisme accepte la situation défailante en comptant sur son amélioration, en travaillant ou pas dans ce but, mais en calculant qu'elle gagne à maintenir sa fidélité plutôt qu'à partir.

Les usagers des secteurs de psychiatrie, ayant ou non un domicile, n'ont pas toujours les moyens de prendre la voie de la défection, car même s'ils décident de changer de secteur, ceci ne peut pas se faire sans une négociation avec le psychiatre de référence, donc en passant par une prise de parole, ou bien avec changement d'adresse, ce qui ne concerne pas les personnes vivant dans les circuits de rue, comme nous avons vu dans le chapitre 2. Une autre possibilité est d'aller vers le privé, mais encore faut-il qu'il y en ait dans la région, ce qui est le cas à Paris mais pas partout en France. De plus, il faut pouvoir le payer, sachant que tous les psychiatres n'acceptent pas la CMU<sup>1</sup>. Enfin, même si la personne peut trouver et payer une consultation psychiatrique ou une clinique privée pour l'hospitalisation, les services comme l'hôpital de jour, le CATTP et d'autres prestations sont plus rares dans le privé ou dans le milieu associatif (voir les exemples dans le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale<sup>2</sup>). La défection, dans le cadre de la psychiatrie publique sectorisée, est donc très difficile car si la personne souhaite poursuivre ses soins ailleurs que sur son secteur, soit il lui faut quitter la psychiatrie publique, soit il faut changer d'adresse. Sans compter le coût de l'incertitude relative au succès de l'entreprise et la difficulté même d'entreprendre les démarches<sup>3</sup>. La possibilité de défection par changement de secteur, improbable pour les personnes avec domicile fixe, est inexistante pour les personnes vivant dans les circuits de rue, qui ne peuvent pas aller vers le privé ni changer d'adresse<sup>4</sup>. Il reste la possibilité de ne plus se soigner et ce

---

<sup>1</sup> C'est également le cas des médecins généralistes. Dans un groupe de travail, cette réalité a été évoquée par un infirmier d'une EMPP et fortement démentie par les médecins présents, qui prétendaient qu'il s'agissait de cas ponctuels de mauvais professionnels, car cela est non seulement contraire à la loi mais aussi contraire à l'éthique médicale (référence notamment au serment d'Hypocrate). L'ensemble des acteurs non médecins présents, qui ne se connaissaient pas forcément, qui intervenaient dans des domaines différents et dans Paris et sa région, ont confirmé ce qui disait l'infirmier, alors que les médecins attribuaient cette pratique à des cas exceptionnels. Cette question fait polémique depuis plusieurs années, notamment autour de listes de médecins acceptant la CMU, les autorités niant ce qu'affirment les intervenants de première ligne. Une étude conduite par l'IRDES a finalement confirmé cette discrimination (IRDES, 2009).

<sup>2</sup> Il s'agit d'un document produit par plusieurs associations du domaine de la santé mentale, comme l'Association Française de Psychiatrie, la FNAP-Psy, l'UNAFAM, et autres, présenté au public en juin 2002. Son objectif est d'informer la collectivité sur les conditions de vie dans le tissu social des personnes souffrant de troubles psychiques et ainsi de mieux protéger les droits de ces personnes.

<sup>3</sup> Pour une réflexion sur la défection en psychiatrie de secteur, voir A. Marques (2002).

<sup>4</sup> La ruse qui leur reste, et qu'ils utilisent largement, est de dire qu'ils ne sont pas sectorisés et de donner à chaque fois un nom différent aux intervenants, qu'ils ne sont pas obligés de prouver car chacun sait que les personnes vivant dans les circuits de rue ont beaucoup de difficulté à garder leurs papiers, souvent volés ou perdus. Ainsi, il arrive que lorsqu'un intervenant essaie de savoir quel est le secteur d'une personne, il peut se

mode de défection est très utilisé par les personnes vivant dans les circuits de rue. Il est même possible de dire que la défection est leur voie royale, pour le champ social comme pour le sanitaire : il leur arrive souvent de partir, d'interrompre la prise en charge, notamment pour des raisons apparemment anodines pour les intervenants, et que parfois les usagers eux-mêmes ne s'expliquent pas (J.P. Fantou, 2005).

Toujours selon A. Hirschman, une situation où la défection est très facile fait obstacle à la prise de parole. Les usagers auraient tendance à partir, plutôt que de s'engager dans un conflit plus ou moins ouvert, avec des résultats incertains. En revanche, « *pour que la prise de parole ait toutes les chances d'être efficace, il faut que la défection soit possible, mais pas trop facile ni trop attirante* » (p.133), ce qui est le cas pour les personnes vivant dans les circuits de rue : c'est tellement compliqué de s'organiser pour se rendre de façon régulière dans les structures, de se plier aux règles alors qu'elles n'en ont plus l'habitude, enfin il y a tellement de contraintes, qu'effectivement il ne faut pas grande chose pour qu'elles abandonnent : la défection est beaucoup plus attirante. Puis, pour que la prise de parole puisse être une alternative à la défection, il faut que la personne se sente « *en mesure d'influer, d'une façon ou d'une autre, sur la politique de la firme ou de l'organisation.* » (p.124). Ce n'est pas vraiment le cas des personnes vivant dans les circuits de rue vis-à-vis des institutions<sup>1</sup>.

Si la prise de parole semble inefficace, la défection peut fonctionner comme une menace, si les professionnels ont intérêt à maintenir la prise en charge de la personne<sup>2</sup>. Livia Velpy (2006) montre que, dans le « *régime d'accueil, le lien établi avec le patient est précieux. Si le patient est réticent à s'inscrire dans les relations régulières avec les professionnels, tous les moyens seront bons pour préserver un lien* » (p. 251). Cependant, cette menace ne fonctionne pas toujours, pour les personnes vivant dans les circuits de rue et ayant des troubles psychiques, auprès des services divers, notamment de psychiatrie : une bonne partie des secteurs de psychiatrie n'est pas très accueillante, voire pas du tout, pour les personnes vivant dans les circuits de rue, comme du reste une bonne partie des services de santé et même des

---

retrouver avec plus d'un secteur de référence, qui jouent à la patate chaude entre eux en refusant de prendre la personne en charge. De ce fait, l'intervenant ne sait pas à quel secteur faire le « coup des 5 ans » (selon l'expression d'un intervenant), c'est-à-dire à quel secteur imposer la règle de l'obligation de prise en charge pendant 5 ans (voir chapitre 2).

<sup>1</sup> Sur le terrain, il arrive souvent des situations intermédiaires entre ces trois réactions décrites par A. Hirschman. D'emblée, comme ce sont souvent les équipes qui vont vers les personnes, il est difficile de dire s'il faut considérer leur « laissez-moi tranquille ! », bouteille en l'air pour bien marquer le refus de contact, comme une prise de parole ou comme revendication de leur droit à la défection.

<sup>2</sup> Voir A. Lovell (1992) sur la désirabilité du service ou des ressources proposées.

institutions de tout type. Ceci apparaît dans les entretiens, dans les observations et dans la littérature, comme je l'ai indiqué auparavant. Effectivement, il n'est pas rare que les intervenants soupirent en voyant arriver « encore un clochard ! ». Enfin, lorsque la pression de la demande est trop importante, les services s'inquiètent moins de ceux qui font défection, surtout s'ils sont indésirables.

Cependant, si la défection des personnes vivant dans les circuits de rue et ayant (éventuellement) des troubles psychiques ne fonctionne pas comme une menace pour les professionnels de la plupart des services, elle fonctionne pour les professionnels s'occupant spécifiquement de cette population, notamment de l'Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité (EMPP) dont il est question ici. Ainsi, le risque de perdre le contact avec l'utilisateur contraint en quelque sorte les intervenants à chercher l'accord de l'utilisateur pour toute intervention et, dans la mesure du possible, à créer une demande<sup>1</sup>. C'est ce qu'exprime cet infirmier de l'EMPP :

*« Quand on voit Maurice, ça fait dix ans ou presque qu'on travaille avec lui, ça fait un an qu'il vient prendre une douche très régulièrement. (...) En même temps quand tu vois le résultat entre il y a presque dix ans et aujourd'hui... c'était une bête sauvage Maurice, comme Isabelle, comme Jeanne Roux, c'était des bêtes sauvages. Je sais que le terme est choquant, mais effectivement il fallait les apprivoiser. Qu'ils acceptent notre présence. (...) ... des gens comme Maurice, qui vit dans les couloirs du RER, le temps qu'on se fasse accepter, à ce qu'il y ait une reconnaissance mutuelle, qu'il y ait l'émanation d'un désir, d'une demande d'un truc minuscule où on puisse s'accrocher pour continuer à avancer, ce n'est pas tellement nous qui sommes les acteurs, c'est les personnes qu'on a en face de nous et on avance à leur vitesse. Si on va trop vite, ça se casse la gueule, les gens partent et on les perd. Il vaut mieux aller lentement et avoir des petits résultats qui font que, au fur et à mesure du temps, on progresse. Et que maintenant quand Arthur (AMP<sup>2</sup> de l'EMPP) donne rendez-vous à Maurice et que pour une raison lambda Arthur est en retard, Maurice s'autorise à engueuler Arthur, ce que je trouve très bien... »*

---

<sup>1</sup> A ce propos, voir G. Nauleau (2001).

<sup>2</sup> AMP : Aide Médico-Psychologique (voir note dans le glossaire en annexe).



Dans cet extrait, l'infirmier parle de ce processus progressif qui va de l'obtention d'une acceptation jusqu'à l'émergence d'une demande, à partir de propositions « minuscules ». Il montre également que cette lente avancée correspond à un respect des possibilités des usagers, moins par idéologie que par nécessité pratique, car autrement « *les gens partent et on les perd* ». C'est-à-dire que, dans le meilleur des cas, la personne abandonne le projet en route et dans le pire, elle abandonne la relation avec les intervenants. En d'autres termes, ce risque de défection fonctionne comme une menace exercée par les personnes vivant dans les circuits de rue sur les intervenants de psychiatrie-précarité. Elle est une forme de contrainte pratique, exercée par les premiers sur les seconds, pour que ces derniers prennent en considération leur avis et souhaits.

## 1.2 La nécessité pratique de la participation active de l'utilisateur

Outre le risque de rupture de prise en charge (défection), un autre aspect rend fondamental l'acceptation des propositions par l'utilisateur ou mieux encore, sa demande. C'est que si certaines interventions peuvent être effectuées, sur un plan pratique, sans son accord, voire sans sa demande, cela n'est pas valable pour tout type d'intervention. Ainsi, certaines interventions - comme aller voir une personne et à commencer une évaluation - ne nécessitent ni demande ni acceptation de la personne pour la légitimer (aspect moral) ou pour être mise en place (aspect pratique). Car sur le plan moral, elles sont légitimées par la non-demande et, sur un plan pratique, elles ne nécessitent pas d'action de la part de l'utilisateur pour être réalisées, même si l'action de celui-ci peut empêcher qu'elles se réalisent (comme en cas de défection). Par exemple, l'équipe peut passer toutes les semaines voir une personne, rien que le temps de dire bonjour, même si elle ne répond pas ou répond de manière à renvoyer les intervenants. Pendant ces passages et malgré l'absence d'accord ou de demande de la part de l'utilisateur, l'équipe peut initier une évaluation : voir si la personne parle toute seule, comment elle s'occupe d'elle-même (son état d'hygiène, par exemple) et de son site (des affaires plus ou moins ordonnées, trop d'affaires entassées ou pas d'affaire du tout), si elle y est souvent ou rarement, s'il y a de la nourriture, des bouteilles ou des canettes autour, enfin, des éléments qui permettent un début d'évaluation de son état physique et psychique, ainsi que de son mode de vie dans la rue.

Par contre, d'autres interventions ne peuvent pas être effectuées sans l'accord de la personne, comme se rendre chez un médecin, l'ouverture de droits (CMU, RMI, AAH<sup>1</sup>, par exemple), parce que sa signature ou sa présence sont nécessaires. De plus, il est des interventions qui nécessitent sa demande, comme gage d'une permanence de sa motivation au moins sur du court terme et comme condition pour que l'intervention ait des chances d'être efficace. Et l'existence d'une demande est encore plus nécessaire à la fin du passage de relais de la prise en charge à une autre équipe (décrochage par rapport à l'EMPP), parce qu'il s'agira pour l'usager de maintenir par lui-même l'action entamée avec l'intervention de l'EMPP. Par exemple, si la personne ne souhaite pas aller en maison de retraite, inutile de commencer les démarches pour, sauf si l'intervenant compte pouvoir *créer une demande ou faire accepter ce projet* entre le moment où il engage les démarches et le moment où l'action de l'usager sera indispensable. Puis, concrètement, l'intervenant peut convaincre la personne de signer les documents nécessaires (acceptation), mais si la personne n'est pas en demande, elle n'intégrera pas cette institution ou elle n'y restera que quelques jours et partira très rapidement. Cet abandon du projet peut aussi arriver lorsque la personne est en demande, mais c'est encore plus probable si ce n'est pas le cas. Le livre de Jean-Paul Fantou (2005) en donne plusieurs exemples. Il montre que, quand il lui arrivait de souhaiter quelque chose (retourner « à la normale », arrêter de boire, « se refaire une santé »), il connaissait le chemin à prendre pour l'obtenir, les discours à « servir » aux différents intervenants, ainsi que le « prix à payer » et qu'il avançait, il faisait ses démarches. Puis à un moment donné, pour des raisons diverses, même parfois pour des raisons qu'il ne connaissait pas lui-même, il s'en allait. Dans l'extrait qui suit, cet auteur montre comment quand bien même la personne est elle-même en demande d'un tel changement, à savoir sortir de la rue et s'inscrire dans un parcours d'insertion, l'exécution du projet est en elle-même si difficile qu'il n'est pas sûr qu'il aboutisse. Alors l'acceptation ne suffit pas, il faut que la personne soit plus fortement impliquée que par une simple acceptation :

*« Dans ma tête, je repasse les étapes : assistante sociale, SAO<sup>2</sup>, CHRS<sup>3</sup>. Je calcule, un à un, les détails du parcours. Ce que je dois leur dire, en fait ce qu'ils veulent entendre ; comment je dois me présenter. (p. 173) (...) Entre mes périodes stone, il m'arrive d'être lucide. Là, je me regarde, je regarde mes potes et je*

---

<sup>1</sup> AAH : Allocation pour Adulte Handicapé.

<sup>2</sup> SAO : Service d'Accueil et d'Orientation.

<sup>3</sup> CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

*prends peur. Je nous vois complètement crados, sans une thune, avachis comme des loques. Avec la dope on se grille la santé et on abdique toute notre humanité. Quand j'observe un de mes compagnons ramper sur le trottoir pour attraper un quignon de pain qui traîne dans la boue, j'ai un mouvement de recul. Effrayé par le constat de ma déchéance, chaque fois je décide d'arrêter mes folies et de revenir en France. Mais la spirale me rattrape.*

*Pour rentrer en France, il faut prendre le train, et pour le train, il faut de la thune – pas question de « griller ». Seulement je suis fauché. Et entre ma décision de foutre le camp et le moment où j'ai de l'argent, il s'écoule assez de temps pour que je me laisse tenter par la proposition d'un dealer.*

*J'en suis là, entre délires et tentatives de fuite, quand un pote à moi, Cornélius, un Hollandais, me propose de me tirer avec lui, en France. Il est accro à la dope, comme moi, mais lui, en plus, il se pique. Seulement, à la différence de moi, il reçoit, chaque début de mois, un peu de pognon de l'Etat, ce qu'ils appellent là-bas de Social 10. Comme souvent dans ma vie, et dans la vie de tous les démunis, c'est un petit détail qui change le cours de mon existence.*

*Mon billet en poche, un matin, avec Cornélius, je grimpe enfin dans ce train que je voulais prendre depuis des mois, je m'arrache d'Amsterdam, de sa dope, de son enfer et de ses plaisirs.*

*Après quelques petits détours, on atterrit à Béziers. Pendant trois jours, on se défonce non-stop avec toute notre provision de shit et d'herbe avec, par-dessus, l'alcool. Au terme du troisième jour, à peine capables de nous tenir debout, on se dispute violemment au point que Cornélius ramasse ses frusques et fout le camp. Je me retrouve seul, sans repères et sans habitudes. Béziers, ce n'est pas Amsterdam. Point de vue dope, il n'y a rien. Donc, après avoir un peu zoné, je décide de reprendre le circuit des foyers : asile et CHRS. Le retour à la normale est dur mais j'essaie de m'accrocher. Je trouve un petit boulot à la con. Seulement, je ne tiens pas. J'ai eu trop de came dans le corps ces derniers temps. Pour compenser, je carbure à l'alcool. Finalement, je n'en peux plus, je pète les plombs, je fous tout en l'air et je retourne à Amsterdam. » (p. 212, 213)*

Cet extrait met en évidence trois aspects importants. D'abord, l'auteur montre qu'il avait pris une décision, de retourner en France, mais n'arrivait pas à la mettre en œuvre. C'est grâce à une proposition qui lui a été faite et qu'il a acceptée, qu'il a pu concrétiser sa décision. Ainsi, ce n'est pas forcément la proposition qui crée la demande ou l'acceptation, mais la proposition peut être un coup de pouce venu d'un tiers qui permet la réalisation d'une décision que la personne avait déjà prise ou qui était latente. Les interventions en l'absence de demande des équipes mobiles, notamment de l'EMPP, peuvent jouer ce rôle. Ensuite, l'attention est attirée vers l'autonomie préservée de l'auteur : malgré les nombreuses années vécues à la rue et l'état avancé de clochardisation (selon les termes de l'auteur), il connaît le circuit pour retourner « à la normale » et une fois qu'il a pris la décision, il sait comment s'y prendre, cette fois-ci sans besoin d'aide pour commencer la démarche. Enfin, et c'est ce qui nous intéresse maintenant, bien que l'objectif de partir d'Amsterdam et de « retour à la normale » lui appartenait entièrement, bien qu'il ait pu avancer dans la mise en place de ses objectifs, il n'a pas pu tenir. Ce qui montre que même lorsque la personne est en demande cela peut ne pas suffire pour la mise en place d'un projet jusqu'au bout. Encore moins donc si la personne n'est qu'en position d'acceptation et, si la personne n'est pas en zone de demande (demande, acceptation, demande ambiguë, demande pour plaire ou faire taire), inutile d'essayer. D'où la nécessité pratique de créer une demande, au-delà de la simple acceptation, lorsque la participation active de l'utilisateur est incontournable, et notamment après la fin de la prise en charge.

Cependant, l'acceptation peut être une étape qui permet de déclencher un processus et, avec la continuité du travail pour *créer une demande ou faire accepter*, la personne qui est passée de la non-demande ou du refus à la zone de demande peut passer à la position de demande. Je reprends l'exemple de la maison de retraite : pour obtenir une place, il faut souvent plusieurs mois entre le dépôt du dossier et une réponse favorable. Les intervenants peuvent donc se permettre de commencer la démarche avec une acceptation de la part de la personne, en comptant sur le temps qu'ils auront pour créer la demande. Si au contraire, ils attendent d'avoir la demande pour commencer les démarches, il est fort probable qu'au bout d'un an d'attente, la personne sera partie ou aura changé d'avis, frustrée par une si longue attente. Une autre situation de ce type : un monsieur n'était pas vraiment en demande pour avoir son RMI, il était plutôt dans le refus réticent car, à certains moments, il disait « non, pas aujourd'hui »,

puis à d'autres il disait « oui, peut-être, on verra ». L'objectif final de l'équipe concernant ce monsieur était qu'il soit stabilisé dans un logement pour stabiliser sa prise en charge psychiatrique par le secteur. Et pour avoir un logement stable, il faut des ressources. L'assistante sociale essayait donc de créer une demande chez lui avant de faire quoi que ce soit, mais le psychiatre lui a dit de faire les démarches même avec un simple accord, et même avec cette espèce de non-demande, de « si vous voulez », parce que si après il refusait le RMI, il n'irait pas le chercher à la banque : cela lui ferait de l'argent sur son compte et, quand il serait d'accord pour intégrer un logement, il aurait de l'argent pour ce projet ; ce serait malheureux qu'il n'ait pas de quoi mettre en place son projet lorsque, enfin, il le souhaitera. Cet exemple montre à nouveau que l'acceptation peut être suffisante pour certaines interventions, alors que pour d'autres une demande est nécessaire. Pour obtenir une signature, il suffit d'une acceptation du moment mais, pour prendre un logement, s'y installer et y rester, il en faut plus. Il montre également l'importance d'engager certaines interventions même en l'absence de demande, pour permettre la satisfaction de celle-ci lorsque, éventuellement, elle sera présente. Et il met en évidence cette progression du travail pour *créer une demande et faire accepter* : les intervenants commencent ce travail, obtiennent une acceptation (pour le RMI), avancent dans les démarches tout en continuant ce travail jusqu'à l'obtention d'une demande qui, à son tour, leur permettra de continuer ce travail sur d'autres thèmes (le logement, l'accès aux soins psychiatriques).

Cet exemple montre enfin que le travail pour *créer une demande ou faire accepter* est effectué tout au long de la prise en charge, autant pour faire accrocher l'usager dans la relation avec l'équipe qu'ensuite pour faire décrocher, au moment du passage de relais. C'est-à-dire que dès la première rencontre, si la personne n'a pas une demande permettant à l'intervenant d'accomplir sa mission, il s'agit de se faire accepter par la personne ou de faire en sorte qu'elle demande ce contact, et ce dans la rue comme dans les centres. Et jusqu'au bout, il peut être question de faire en sorte que la personne accepte ou demande que le relais soit passé à une autre équipe (ce qui sera développé dans la chapitre 7). Puis tout au long de la prise en charge, il en est question. Même si ce travail se passe parfois en toile de fond, parfois il revient au devant de la scène. Par exemple, il faut continuer à travailler pour que la personne accepte ou demande les rencontres avec l'EMPP au gré des hauts et les bas de sa situation et de la relation avec cette équipe : des changements de site, des éventuels malentendus (comme les périodes d'absence des intervenants ou des mises en place de projets qui finissent mal, du point de vue de l'usager en tout cas), dégradation de l'état psychique, etc. C'est donc un

travail qui est effectué de façon plus ou moins intense, mais à n'importe quel moment de la prise en charge.

L'importance de ce travail tient au fait que, en parallèle du discours moral du « respect des souhaits des usagers », il existe une contrainte pratique à ne pas intervenir sans avoir au moins l'accord de la personne et au mieux, sa demande. Ceci est encore plus évident lorsque la possibilité de défection est moindre, par exemple pour les personnes avec qui l'EMPP a une accroche forte et que les intervenants savent pouvoir retrouver par la suite, même si elles changent de site. Ou alors lorsque l'intervention peut être réalisée sans la participation active de l'utilisateur. Dans ces situations, l'aspect moral - le respect du souhait de l'utilisateur - est plus ou moins mis à l'écart et les interventions sont effectuées sans son accord, voire contre son avis. Ce qui montre la force de l'aspect pratique de l'obtention d'une acceptation ou d'une demande de la part de l'utilisateur, alors que c'est l'aspect moral qui est souvent mis en avant par les intervenants. Ayant précisé la nécessité d'obtenir l'acceptation ou de la demande de l'utilisateur, d'un point de vue pratique, regardons maintenant comment ce travail est effectué.

## **2. Les stratégies pour *créer une demande ou faire accepter***

Pour *créer une demande ou faire accepter* une proposition, les intervenants utilisent plusieurs stratégies, parmi lesquelles l'« apprivoisement », l'avancée par paliers, la gestion de l'information (omission ou explicitation) ou encore, l'avancée par petites touches et l'accompagnement, qui seront discutées maintenant.

Comme nous l'avons vu, lors des premières rencontres, l'enjeu pour les intervenants est souvent de faire en sorte que la personne rencontrée accepte ou demande de les rencontrer à nouveau. Ainsi, la première stratégie utilisée dans le travail pour *créer une demande ou faire accepter* est d'« apprivoiser » la personne, de la mettre en confiance<sup>1</sup>, pour seulement ensuite essayer de lui proposer quelque chose ou la convaincre. La notion et la stratégie d'« apprivoisement » est inspirée du Petit Prince de Saint-Exupéry :

---

<sup>1</sup> Voir dans M. Breviglieri (2005a) une analyse des différentes manières dont les intervenants offrent une sollicitude dans un travail de proximité, permettant de consolider différentes échelles de confiance dans la relation à l'utilisateur, ce qui est une condition à la formulation d'une volonté chez et par celui-ci.

*« (...) Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ?*

*C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « créer des liens... »*

*Créer des liens ?*

*Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'a pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde... (...)*

*Que faut-il faire ? dit le petit prince.*

*Il faut être très patient, répondit le renard. Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi, comme ça, dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien.*

*Le langage est source de malentendus. Mais, chaque jour, tu pourras t'asseoir un peu plus près...*

La définition et la méthode de l'« apprivoisement » ici décrites correspondent assez à ce que j'ai retrouvé sur le terrain. Il est intéressant de relever que la proximité physique autant que relationnelle se constituent de façon progressive et imbriquée, comme l'a constaté également Marc Breviglieri (2005). Cet auteur montre que ce premier travail de rapprochement consiste à aménager des espaces d'écoute où se suspend tout jugement. Ce rapprochement permet d'abord, d'éviter de bloquer une demande balbutiante qui nécessite des appuis thématiques et des encouragements pour être explicitée. Ensuite, il favorise l'émergence d'une confiance portée à un environnement rendu familier (dans sa dimension physique et humaine), qui répand ainsi une force persuasive par la teneur en confiance qu'elle mobilise. Elle accroche l'utilisateur (M. Breviglieri, 2005, p.226). Ainsi, l'« apprivoisement » apparaît souvent sur le terrain comme la stratégie pour commencer un travail avec les personnes. Philippe, 46 ans, est animateur dans un centre d'hébergement d'urgence et travaille dans cette institution depuis 4 ans ; il explique comment, à son avis, il faudrait faire pour que M. Dupond, un hébergé « qui ne demande (plus) rien », accepte de rencontrer la psychologue :

*« Par exemple, on a actuellement Monsieur Dupond qui vient, on a demandé à l'équipe (EMPP) de prendre contact avec lui, c'est très difficile, il part très tôt le matin. Les conseillères ont voulu le voir, ont voulu le garder... C'est extrêmement délicat, on ne sait pas comment faire avec lui. Je pense qu'il faut commencer par*

*l'apprivoiser et puis voilà. C'est un gars qui sort de taule, qu'a envie de parler à personne. (...)*

*Là, en ce moment, on essaie de coincer Monsieur Dupond et Monsieur Dupond, il part tôt. On a tout fait, on a réussi à ce qu'il voit la conseillère sociale, mais on a demandé à l'équipe (EMPP) : 'il faut absolument voir Monsieur Dupond.' On avait l'impression que Monsieur Dupond, c'était indispensable, donc elle (la psychologue) était prête à venir à 7 heures. Je lui ai dit : 'tu peux venir à 7 heures, tu peux éventuellement le choper à 7 heures, mais est-ce qu'il voudra te parler ?' J'en suis pas sûr. C'est ce que j'avais dit : est-ce qu'il faudrait pas commencer par l'apprivoiser ce mec-là, qu'il se sente... Moi j'ai commencé à lui parler un petit peu. Le matin, il est resté un peu pour la conseillère sociale, pour lui dire qu'il faudrait lui parler et il s'était pas barré. Il avait dit : « moi j'ai pas envie de leur parler. » Moi je vais pas forcer un mec à aller voir une conseillère ou une psychologue. Moi je considère qu'il faut d'abord qu'on le connaisse un peu plus, qu'il parle un peu plus de lui-même, qu'on lui parle, nous, un peu plus, et on lui laisse pas le temps. »*

Concrètement, il s'agit pour l'intervenant d'être présent, régulièrement, de se faire remarquer mais pas trop, dire bonjour, puis parler un petit peu plus, faire connaissance, ne rien proposer ou très peu, surtout ne rien demander, se faire accepter puis arriver au point où l'utilisateur demande le contact avec l'intervenant. A ce moment-là, l'intervenant n'est plus un intervenant semblable à cent mille autres intervenants et l'utilisateur a besoin, d'une certaine manière, de ce contact. Ainsi, même lorsque l'utilisateur accepte le contact avec les intervenants, ce travail continue pour bien consolider les liens créés, pour renforcer et élargir la confiance de l'utilisateur en l'intervenant, pour permettre la création d'une demande. Cet « apprivoisement » peut prendre des semaines, des mois, des années. Et cette stratégie peut être reprise quand, pour une quelconque raison, ce lien est rompu ou fragilisé. Ce travail, que certains appellent « apprivoisement », d'autres « accroche » ou « rapprochement », avec quelques nuances pour chacun de ces concepts, est présent à des degrés variés dans l'exercice de différentes équipes. Par exemple, dans un service de psychiatrie d'un centre hospitalier universitaire décrit par Sandra Jacqueline (2005), ce travail semble inexistant ou très peu présent, dans la mesure où les personnes sont censées avoir à priori une demande de soins assez claire pour être pris en charge. C'est le cas également des consultations libérales ou du



travail effectué dans les hôpitaux, ainsi que dans les CHRS, pour ce qui est des structures sociales. Dans ce cadre, la question de l'accroche ne se pose pas, les exigences des équipes vis-à-vis des usagers sont plus présentes, le travail effectué vise d'emblée l'autonomie et correspond plutôt au « décrochage », décrit par Livia Velpy (2008). En revanche, Marc Breviglieri (2005) montre l'importance de ce travail pour les travailleurs sociaux et cela correspond à ce que j'ai pu observer dans les centres d'hébergement (CHU ou LHSS). Livia Velpy (2008) le montre également dans le cadre d'un service de psychiatrie : il s'agit, dans ces cas, d'un passage obligatoire des prises en charge. Cependant, lorsque ce travail part de la présence de la personne dans une structure, sociale ou sanitaire, une partie du chemin est déjà faite car, d'une façon ou d'une autre, la personne est censée demander ou au moins accepter le contact avec les professionnels<sup>1</sup>. Ce n'est pas le cas des équipes qui interviennent en « allant vers » et en l'absence de demande, comme les EMPP et les équipes sociales de rue. Ainsi, une particularité de ces équipes est que le travail d'« apprivoisement » y est spécialement présent et que les intervenants y prêtent une attention minutieuse. Le tableau ci-dessous présente de façon schématique la distribution de quelques exemples de services selon que le travail d'« apprivoisement » y est plus ou moins présent.

---

<sup>1</sup> Nous avons vu, dans le chapitre 4, l'amalgame existant entre demande d'intervention et présence dans une structure.

Tableau 11 : Exemples de services en fonction du travail d'« apprivoisement ».

<b>Faible ou absent</b>	<b>Moyen</b>	<b>Fort</b>
Service psychiatrique universitaire (S. Jacqueline, 2005)	Secteur de psychiatrie (L. Velprey, 2008)	EMPP
Consultations libérales de tout type	Centre d'hébergement d'urgence	Equipes sociales de rue
Hôpitaux généraux	LHSS	
CHRS		

La deuxième stratégie, celle des avancées par palier, est étroitement liée à la précédente dans le sens où il s'agit toujours d'une démarche progressive, dans laquelle il importe en permanence de ne pas être intrusif, de ne pas aller trop vite mais de ne pas manquer des opportunités. Cependant, cette stratégie, comme les suivantes, permet de faire des propositions et de demander certains comportements de la part de l'utilisateur, pour avancer dans la prise en charge. Le médecin de l'EMPP montre comment il avance par paliers : gagner la confiance de l'utilisateur avant de travailler pour qu'il accepte un traitement, d'abord un comprimé, ensuite un deuxième, puis d'autres propositions :

*« Oui, j'ai mis quatre mois à lui faire accepter un traitement. Monsieur Traoré, le jeune qui a fait un délire paranoïaque, j'ai mis longtemps (pour négocier la prise de traitement). On est passé par Bouddha avant de prendre le traitement.*

*AM : Par Bouddha ?*

*Ouais, parce qu'il est parti acheter des reliques, des machins, donc on a parlé de Bouddha. Je lui ai amené un bouquin. Je lui ai dit : « voilà, c'est la voix de Bouddha et je vous mets un petit comprimé de Risperdal et vous voyez ce que ça fait ». Il m'a dit : « ça me fait rien ». Alors j'ai dit : « on va en mettre un deuxième ». Et après, il s'est senti mieux. Il m'a dit « maintenant, ça y est, je dors ».*

*AM : Ça passe par des stratégies ?*

*C'est des stratégies. C'est que des stratégies. Attends, pour faire accepter un traitement à quelqu'un, c'est que des stratégies. Tu as quelqu'un en face de toi qui connaît rien, tu lui vends ta pilule, en lui disant : « ça va vraiment vous faire du bien ». Attends, il faut qu'il ait confiance en toi, il faut que lui aussi n'ait pas peur de ça, il faut qu'il ait confiance dans la personne qui va lui donner. »*

Dans cet extrait, il est question de la progression entre le moment où le psychiatre considère que l'usager est suffisamment apprivoisé, le contact avec l'intervenant est accepté et même demandé, sa confiance est suffisamment établie pour qu'il lui propose de passer à un autre palier, celui de *créer une demande ou faire accepter* un traitement. Nous l'avons vu également dans l'extrait de l'infirmier de l'EMPP qui parlait de l'« apprivoisement » de Maurice, puis des propositions de douche, sans aller trop vite afin d'éviter une rupture avec l'usager.

Outre l'« apprivoisement » et l'avancement par palier - dans les sujets abordés, les propositions faites et les démarches engagées -, une autre manière très utilisée pour faire accepter le(s) premier(s) contact(s) ou, par la suite, des propositions, est la gestion de l'information donnée à la personne sur ce qui lui est proposée : l'omission d'une partie des informations sur les raisons, l'objectif, la nature ou le lieu de l'intervention ou, au contraire, l'explicitation détaillée de ces informations. Lorsque les professionnels ne sont pas sûrs d'obtenir l'accord de la personne ou qu'elle a déjà manifesté son refus, ils auront tendance à en dire le moins possible sur ce qui est proposé. Ainsi, l'intervenant obtient l'accord de la personne pour rencontrer un infirmier<sup>1</sup> ou un médecin, sans lui dire qu'il est psy<sup>2</sup> ; pour l'accompagner à l'hôpital, sans l'informer qu'il s'agit d'un hôpital psychiatrique ; pour chercher un « lieu de vie » sans dire que c'est une maison de retraite, alors même que la personne a dit ne pas vouloir aller en maison de retraite. Les intervenants estiment que les usagers se braquent sur certains mots (assistante sociale, psychiatrie, maison de retraite, entre autres) et, dans certaines situations, ils essaieront de permettre à l'usager de prendre contact

---

<sup>1</sup> Je vais parler d'infirmier psy quand l'infirmier appartient à une équipe psychiatrique ou qu'il a des fonctions d'infirmier psy et ce indépendamment du fait qu'il ait le diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP), qui d'ailleurs n'existe plus, ou qu'il soit Infirmier Diplômé d'Etat (IDE).

<sup>2</sup> Voir A. Lovell (1996a) au sujet de l'affichage des EMPP auprès des usagers. Nous avons abordé ce sujet dans le chapitre 3.

avec la chose ou la personne, avant de la nommer et de la détailler. C'est ce que raconte Sara, 23 ans, conseillère sociale depuis sept mois dans cette institution :

*« AM : Ou parfois comme tu disais, la personne n'accepte pas de rencontrer Coralie (psychologue de l'EMPP)...*

*Oui, mais ça arrive aussi de venir la voir justement pour la solliciter, en disant « ce matin, j'ai la personne en entretien, tu pourrais venir faire un petit coucou ? ». Oui, ça nous est déjà arrivé. En fait, il y a un petit peu de tout. Elle est là pour qu'on puisse souffler, qu'on puisse avoir un avis aussi sur : « j'ai une situation, je sais pas trop, est-ce qu'on peut voir à deux ? est-ce que tu peux voir la personne ? est-ce que tu peux venir faire un petit coucou quand on est avec la personne parce qu'elle refuse ? ». Ca nous permet après de pouvoir embrayer sur : « vous avez vu Coralie », ce qui va permettre de faire avancer les choses. »*

L'omission de la fonction de Coralie permet que la personne rencontre d'abord une autre personne et non pas sa fonction. Ainsi, si la personne n'accepte pas de rencontrer une psychologue, elle peut accepter de rencontrer Coralie. Certaines informations sont omises lorsque l'on cherche à réunir les conditions pour continuer le travail de *créer une demande*, par exemple, dire à la personne qu'on est infirmier sans préciser qu'on est psy peut permettre d'établir un contact, pour ensuite créer la demande d'une rencontre avec un psy. Cette stratégie est également utilisée par les intervenants pour pouvoir accomplir leur mission : si l'on cherche à obtenir l'accord de l'utilisateur pour l'accompagner au CPOA, il suffit d'obtenir son accord pour aller à l'hôpital. Pour cela, il n'est pas nécessaire de préciser qu'il s'agit d'un service de psychiatrie : quand il s'en rendra compte, il y sera déjà, ce sera plus difficile de refuser et la mission sera accomplie. Parfois, au contraire, c'est en expliquant tout, dans les détails, qu'on cherche à garantir l'adhésion de la personne à la proposition jusqu'au bout. Si elle sait tout, il y a moins de chances qu'en le découvrant, comme ce sera forcément le cas tôt ou tard, elle abandonne le projet qu'elle avait accepté au départ.

Que les intervenants explicitent toutes les informations disponibles sur les interventions proposées ou qu'ils décident d'en omettre une partie, si la personne ne l'accepte pas, ils peuvent utiliser la procédure de l'avancée par petites touches qui consiste à rencontrer

plusieurs fois la personne et lui en parler, parfois en argumentant, parfois juste en évoquant le sujet. Ce processus peut aussi s'étaler sur plusieurs années lors des différents séjours en centre d'hébergement et/ou des temps à la rue. Brigitte, 58 ans, assistante sociale depuis 12 ans dans cette institution, raconte ce processus dont elle-même parle en termes de « travail » et de « faire accepter » :

*« Nous, on a régulé les demandes et les non-demandes. Si une personne ne demande rien, mais qu'on sait qu'elle ne peut pas vivre d'une façon autonome, on va lui proposer, on va lui proposer telle ou telle structure qu'on pense la mieux adaptée à elle. Si on voit qu'elle n'est pas du tout d'accord, on attend. On attend, on lui en reparle. Je montre les photos, j'essaye de la sensibiliser. Il faut aussi sensibiliser la personne. Effectivement, si on lui dit : « allez, demain, vous partez à tel endroit » qu'on lui a rien montré, la personne est complètement paniquée et ça se passe mal.*

*AM : Donc il y a ce travail pour que ça fasse chemin pour la personne ?*

*Voilà, voilà.*

*AM : Il arrive que malgré tout les gens mettent tout en échec ?*

*Bien sûr, bien sûr. Ah oui, oui. Moi j'avais un monsieur âgé dans un LHSS et normalement il devait aller dans une maison de retraite. C'était pas son choix, il voulait absolument aller en hôtel. Donc je l'ai amené aux Petits Frères. Les Petits Frères ont refusé, il était trop âgé. Je lui dis : « écoutez, vous connaissez Thiers ? », il me dit « non, mais c'est loin de Paris ». Je l'ai laissé, j'ai repris avec lui. Finalement il y avait un autre monsieur qui partait à Thiers (dans une maison de retraite) et je lui ai dit : « si vous voulez, venez visiter ». Il est venu visiter, tout ça. Les infirmières m'avaient dit : « voilà, il veut pas ». Donc les infirmières ont travaillé avec lui pour Thiers, moi aussi et tout ça. Finalement on a réussi à lui faire accepter Thiers. »*

Cet extrait présente plusieurs éléments qui permettent de faire un petit retour en arrière et mettre en évidence quelques aspects abordés auparavant. Tout d'abord, Brigitte fait la part

entre les demandes et les non-demandes, ce qui entraîne visiblement des manières différentes de continuer son travail : si la personne n'a pas de demande, il n'est pas possible de continuer à chercher un logement pour elle et lui dire quelques jours avant qu'elle partira dans tel endroit. Elle ne le dit pas, mais il est clair que cette position de non-demande – « si la personne ne demande rien » - ce « rien » ne concerne que le thème qui la préoccupe, l'orientation vers un hébergement stable. Elle ne parle pas d'une non-demande généralisée, ce qui va dans le sens de ce que j'avais exposé auparavant, concernant la position de la personne entre demande, non-demande et refus, non pas dans l'absolu, mais par rapport à un contexte précis composé par le thème de la demande, le moment, l'interlocuteur, etc. Ensuite, elle dit qu'en cas de non-demande, c'est aux intervenants de proposer, mais de proposer en essayant d'aller au plus près de ce qui pourrait correspondre aux possibilités et besoins de la personne, notamment en fonction de son autonomie. A partir de cette évaluation de possibilités et besoins, une proposition est faite à la personne qui était en non-demande et qui en se prononçant passera à une autre position, en occurrence, de refus. Position que l'intervenant, par le travail pour créer une demande ou faire accepter, va essayer de déplacer vers la zone de demande.

Mais revenons à la question d'omettre ou d'explicitier les informations comme stratégie pour créer une demande ou faire accepter une proposition. Brigitte montre une situation dans laquelle elle a choisi de ne pas omettre les informations à l'usager pour obtenir son acceptation car, s'il n'était pas d'accord, même si elle arrivait à le faire entrer dans cette résidence, il n'y resterait pas, une fois qu'il se rendrait compte de la réalité. Ainsi, la stratégie utilisée était l'inverse : bien expliquer, argumenter, insister, ce qu'elle appelle « sensibiliser ». L'assistante sociale montre bien combien ce travail est délicat : elle le laisse, puis elle reprend, elle laisse le temps passer. Il s'agit de trouver l'équilibre entre trop insister et baisser les bras, aller à la vitesse de l'usager, tout en le poussant tout doucement. Puis elle profite des opportunités offertes par l'environnement : un monsieur part vivre dans cette résidence, une occasion de plus pour réessayer, pour ajouter une autre touche et cette fois-ci, cela marche.

L'extrait suivant montre comment, avec la même stratégie des petites touches, un infirmier fait accepter à la personne une rencontre avec un psychiatre alors qu'elle était au départ dans le refus. Puis il continue son travail afin de *créer une demande et faire accepter*, en l'accompagnant aux consultations, et finit par créer une demande chez cette personne pour

parler à ce psychiatre. L'usager, M. Gaudin (50 ans, suivi par l'EMPP depuis environ 4 ans), en fait le récit :

*« AM : Comment ça s'est passé cette rencontre avec le médecin du CMP ?*

*Etant donné qu'il a eu... Il a pas donné le dossier, il lui a fait voir le dossier, il a vu quelques trucs, voir ce qui s'était passé. Après il a dit : 'tiens, ce serait bien de voir un alcoologue'. Tous les jours quand il venait me voir, il me mettait toujours ça dans la tête : de voir un alcoologue, de voir un psychiatre. A force, à force, j'ai dit : 'bon, appelle-le ton psychiatre de merde là'. Et puis le premier jour que je suis passé là-bas, il était marrant avec ses petites lunettes, son petit cartable, cheveux courts, très courts. Le premier jour je parlais pas, j'ai dit : 'faut parler à ma place, moi je parle pas'. La deuxième fois, j'ai commencé à parler. La troisième fois, on a parlé, je m'arrêtais plus. Oui, sur la fin, j'arrêtais plus de parler. »*

Cet extrait montre encore un exemple du travail pour *créer une demande ou faire accepter* par la stratégie des petites touches, mais il va plus loin. En plus des petites touches, les accompagnements ont été utilisés comme une stratégie permettant de *faire accepter*, dans un premier temps, puis de *créer une demande* : à partir de la troisième rencontre avec le psychiatre, l'accroche avec celui-ci était faite, la personne identifiait l'intérêt pour elle d'y retourner et le souhaitait. Les accompagnements physiques, c'est-à-dire aller avec l'usager d'un endroit A à un endroit B et éventuellement revenir, servent à dépasser certains obstacles qui empêchent l'usager de se rendre aux institutions, tels que prendre les transports en commun, se repérer dans le temps et dans l'espace, se rendre à un endroit qu'il ne connaît pas et qu'il appréhende, rencontrer des personnes qu'il ne connaît pas et qu'il appréhende. On voit bien, dans l'exemple ci-dessus, que si l'intervenant de l'EMPP était resté à l'orientation, dans une logique de prise en charge *expertise*, l'usager ne serait pas allé voir le psychiatre. Et même s'il en était resté au premier accompagnement, l'usager n'aurait pas continué d'y aller, comme il le dit dans notre entretien. Ainsi non seulement l'accès ou le maintien dans les soins psychiatriques serait en péril, mais aussi sa présence dans le centre d'hébergement (au vu de ses comportements), et par la même occasion, ses soins somatiques seraient également interrompus.

Enfin, cet extrait ouvre également la discussion sur les implications de ces stratégies sur la place de l'EMPP dans les prises en charge, dans la mesure où un des aspects qui caractérise les modes de prise en charge – *expertise*, *passerelle* ou *à part entière* – est celui de l'interlocuteur principal de l'EMPP : l'utilisateur et/ou les partenaires -, ainsi que le type et la durée des interventions. Ainsi, dans la prise en charge *expertise*, le travail pour *créer une demande ou faire accepter* est plutôt réalisé par les partenaires, alors que dans la prise en charge *passerelle*, il est partagé avec les partenaires, voire entièrement fait par l'EMPP. Ceci sera discuté dans la partie qui suit, mais avant de continuer, je voudrais reprendre ce que je disais au début de ce chapitre, concernant la demande de l'utilisateur et la production de dépendance ou d'autonomie chez lui, vis-à-vis des intervenants. Dans ce sens, je vais aborder brièvement l'aboutissement du processus pour *créer une demande ou faire accepter*.

J'ai été frappée, dans le discours des usagers, de les entendre affirmer fortement, comme une revendication de liberté : « je n'ai rien demandé ! Ce sont eux qui me l'ont proposé et j'ai dit : bon, d'accord, si vous voulez, puisque vous insistez ». Et, dans d'autres occasions, cette revendication de liberté prenait la forme contraire : « c'est moi qui l'ai demandé ! ». Cela peut se comprendre en fonction du moment de la prise en charge, comme nous l'avons vu antérieurement. Ainsi, les personnes qui me disaient « je n'ai rien demandé » n'avaient pas une bonne accroche avec les équipes, voire pas d'accroche du tout, et essayaient d'éviter de créer ce lien de dépendance. Même s'ils étaient en demande, par exemple d'hébergement ou de soin, ils préféraient faire en sorte que quelqu'un demande à leur place ou que les intervenants leur fassent des propositions, qu'ils acceptaient. S'ils demandent, c'est l'intervenant qui a le pouvoir de dire oui ou non, donc ils sont, en quelque sorte, en position de dépendance par rapport à l'intervenant. Si c'est l'intervenant qui propose, l'utilisateur garde le pouvoir de dire oui ou non et donc il garde sa liberté.

En revanche, lorsque la prise en charge avance, que l'accroche est établie - et la dépendance qui va avec -, l'objectif devient la création d'autonomie pour décrocher la prise en charge. Dans ce contexte, quand le travail pour *créer une demande* aboutit, la demande créée tend à être considérée par l'utilisateur comme sa demande spontanée et non pas comme l'acceptation d'une proposition ou comme une demande créée par le travail des intervenants. C'est ce qu'il est possible de constater dans le discours de cet usager, M. Cionni (46 ans, suivi par l'EMPP



depuis environ 2 ans) qui dit d'abord que c'est lui qui demande l'intervention puis parle de l'acceptation d'une proposition.

*« AM : Quand vous avez rencontré Julien (infirmier de l'EMPP), c'était pour quelle raison ?*

*J'avais besoin de parler, besoin de parler. Comme ici, il n'y avait aucune personne qui me satisfaisait...*

*AM : Donc, c'était à votre demande ?*

*C'était à ma demande. L'équipe infirmière m'a dit qu'il y avait justement ce monsieur qui pouvait éventuellement m'aider, parce que j'avais des encombrements, disons, un peu trop dans ma tête.*

*AM : Et avec un psy, c'est plus facile.*

*C'est plus facile et puis selon le psy, c'est bien connu, pour régler les problèmes dans ce domaine. Voilà, moi, on m'a proposé de parler à un psychologue. Ok, j'ai accepté parce que j'avais des problèmes pour dormir et il me fallait un traitement pour pouvoir m'aider à guérir mes angoisses. Et j'ai obtenu gain de cause. »*

L'utilisateur mêle le « j'ai accepté » au « j'ai obtenu gain de cause », il dit que c'était sa demande et, en même temps, que ce sont les intervenants qui lui ont proposé l'intervention de l'EMPP. Il est possible d'imaginer qu'éventuellement cette demande était déjà latente chez lui. Comme nous l'avons vu dans l'extrait de Jean-Paul Fantou (2005), il voulait déjà partir en France quand Cornélius lui propose ce voyage et qu'il accepte immédiatement. Ce n'est pas Cornélius qui a créé la demande, celle-ci était latente chez l'auteur. Cependant, dans le cas de M. Cionni, l'équipe a dû travailler pour obtenir cette acceptation, qui n'a pas été immédiate, même si elle n'a peut-être pas été très longue à obtenir. Il était depuis quelque temps dans un LHSS et adhérait bien au travail de cette équipe, dans le sens où il suivait ses orientations et menait un ensemble de démarches pour « s'en sortir » : arrêter ses addictions, s'occuper de sa santé, reprendre contact avec des personnes de son entourage, chercher un logement. Autrement dit, l'accroche avec l'équipe du LHSS était établie et ils travaillaient au

décrochage. Même s'il n'avait pas cette demande spontanée ou latente en lui, accepter la proposition de rencontrer un psy montrait qu'il avançait volontairement dans ce sens. Dans ce contexte, le fait d'affirmer qu'il s'agissait de sa demande, plutôt que d'une acceptation, ne créait pas de la dépendance mais, au contraire, était encore un signe de son autonomie, de sa capacité à déterminer ses objectifs et les méthodes pour y arriver et de mettre en route ces démarches par lui-même.

Tous ces exemples de stratégies pour *créer une demande ou faire accepter* ne sont pas uniquement dirigées vers ce public ni réservées à un usage professionnel. Elles peuvent être utilisées dans la sphère privée : dans le couple, dans la famille, entre amis. Dans ce cadre, il n'est pas rare d'observer une personne qui essaie de convaincre l'autre de l'importance de consulter un médecin, par exemple, au vu des douleurs ou autres symptômes dont elle se plaint et, pour ce faire, la personne insiste, explique, montre de la documentation, propose de l'accompagner. Cela peut également être observé, mais dans une moindre mesure, dans la sphère professionnelle auprès d'autres publics, notamment dans la pratique médicale, surtout depuis l'obligation d'obtenir le consentement des patients. L'intérêt de les décrire est de montrer d'abord que ces stratégies existent aussi dans les relations entre les intervenants et les personnes vivant dans les circuits de rue. Ensuite, de montrer que ce travail, plus ou moins présent dans la sphère privée comme dans celle professionnelle, est d'importance capitale lorsqu'il s'agit de personnes vivant dans les circuits de rue, dans la mesure où la possibilité de défection pour eux est particulièrement présente. Ainsi, il représente une partie non négligeable des interventions faites auprès de cette population par les partenaires avant et après le signalement à l'EMPP, et aussi par l'EMPP, lorsqu'elle est appelée à participer aux prises en charge, ainsi que par les équipes qui prendront le relais de la prise en charge par la suite. Le troisième aspect que j'ai voulu mettre en évidence est qu'il s'agit d'un travail despécialisé, dans la mesure où il peut être effectué par toute catégorie d'acteurs : aussi bien par l'entourage des personnes, lorsqu'il y en a, que par les professionnels du social ou encore par les intervenants de l'EMPP. On comprend que plus l'EMPP s'engage dans ce travail, plus elle accentue sa despécification, surtout en ce qui concerne l'« apprivoisement », qui généralement occupe une place beaucoup moins importante dans les interventions des professionnels du champ sanitaire. Enfin, il est nécessaire de comprendre l'importance de ce travail et la façon dont il est effectué, avant de pouvoir montrer, dans le chapitre 7, comment il permet à l'EMPP de passer le relais de la prise en charge à d'autres équipes et quelles

difficultés en découlent. Cependant, il faut encore comprendre quels sont les intervenants qui participent à ce travail, comment ils s'articulent entre eux pour le faire et quel impact cela peut avoir sur la place occupée par l'EMPP dans les prises en charge.

### **3. Baser son intervention sur le lien existant entre l'utilisateur et l'équipe partenaire**

Le travail pour *créer une demande ou faire accepter* peut être effectué par les différents acteurs impliqués dans la prise en charge : les partenaires des équipes sociales, les partenaires du secteur psychiatrique et les intervenants de l'EMPP. Nous en avons eu quelques exemples dans les extraits d'entretiens précédents : ici une conseillère sociale d'un CHU travaille pour faire accepter à l'utilisateur la rencontre avec une psychologue, plus loin les infirmiers d'un LHSS font de même avec un autre usager pour qu'il rencontre un infirmier psy ; et encore, une assistante sociale d'un LHSS qui tente de faire accepter à un usager une orientation vers une maison de retraite ; enfin, un infirmier psy fait en sorte de créer chez l'utilisateur une demande de soins psychiatriques.

C'est là, au moment où se décide qui va participer au travail pour *créer une demande ou faire accepter*, que se joue une autre partie de la redistribution des pouvoirs. Car pour l'EMPP, baser son intervention sur le lien existant entre l'utilisateur et le partenaire revient à compter plus ou moins sur le partenaire pour effectuer le travail pour *créer une demande ou faire accepter* et, ensuite, pour passer le relais. Autrement dit, plus l'EMPP peut baser son intervention sur le lien existant entre l'utilisateur et le partenaire, plus son mode de prise en charge se caractérisera par le mode *expertise*. Au contraire, moins ce lien peut être utilisé, plus la prise en charge par l'EMPP aura des caractéristiques de *passerelle*, voire de prise en charge *à part entière*. Car si l'EMPP s'engage dans une prise en charge plutôt sur le mode *expertise*, elle a une participation ponctuelle qui se limitera à évaluer la personne et son contexte et à proposer – à l'utilisateur et/ou à l'équipe partenaire – une orientation avec, éventuellement, des liaisons avec les équipes relais. Dans ce cas, ce sont les partenaires qui restent maîtres de la prise en charge et qui se chargeront de *créer une demande ou faire accepter* les orientations retenues et éventuellement de faire le nécessaire pour passer le relais à d'autres partenaires. Si au contraire l'EMPP s'engage dans une *prise en charge passerelle* ou dans une *prise en charge à part entière*, c'est elle qui s'occupera de ce travail sans ou avec une participation plus ou

moins importante des partenaires. L'intervenant de l'EMPP s'engagera dans telle ou telle forme de prise en charge à ce stade de l'intervention en fonction de plusieurs éléments, qui tiennent à l'utilisateur, à l'équipe partenaire qui est en contact avec lui et à l'EMPP elle-même, autant qu'aux relations entretenues par chacun de ces groupes d'acteurs avec les autres. Je vais examiner ici comment la possibilité (ou l'impossibilité) et le choix de l'EMPP de baser son intervention sur les liens existant entre les partenaires et l'utilisateur peut induire différentes formes de partage de pouvoir entre les acteurs ou, autrement dit, comment cela peut orienter cette équipe vers un mode de prise en charge en particulier.

Il importe d'énoncer ce que j'entends par lien, dans ce contexte précis : il s'agit d'une relation plus ou moins significative, au sein de laquelle les acteurs se connaissent et se reconnaissent plus ou moins. Une certaine confiance existe entre eux, si bien que les personnes ne sont pas interchangeables. Aux yeux de l'intervenant, cette personne n'est pas un SDF quelconque, mais c'est Monsieur Untel, qui aime son café sans sucre, qui va voir les courses à Vincennes, celui sur qui il veille plus particulièrement ; aux yeux de l'utilisateur, cet intervenant n'est pas encore un qui passe, mais c'est celui qu'il attend, celui avec qui il aime discuter, le seul qui puisse faire son pansement ou en tout cas, celui qu'il préfère. Ce lien peut être individuel, comme dans les exemples que je viens de citer, mais il peut être collectif, lié à un groupe, souvent une institution. Dans ce cas, par exemple, c'est toute l'équipe du Samu Social ou de la Croix Rouge ou des Restos du Cœur qui est particulièrement attentive à tel utilisateur et, du côté de l'utilisateur, peut-être ne fait-il pas le détail entre chaque intervenant qui passe, mais il aime mieux les gens du Secours Catholique et ne veut plus jamais voir ceux d'Emmaüs.

Pour que l'EMPP puisse appuyer son intervention sur les liens des utilisateurs avec ses partenaires, il faut d'abord que ce lien existe, puis que l'EMPP sache que ce lien existe et enfin qu'elle puisse l'utiliser. Ces trois points seront développés maintenant ainsi que leur implication pour la position que l'EMPP occupera dans les prises en charge. En effet, si la personne a un lien assez important avec une équipe partenaire, tout se passe comme si la relation privilégiée de l'équipe partenaire avec l'utilisateur et la confiance que celui-ci lui porte pouvait s'élargir à l'EMPP. Et ce d'autant plus que, quelquefois, l'équipe partenaire a préparé l'utilisateur à cette rencontre, qu'il a acceptée ou demandée. Sinon, l'intervenant EMPP peut faire référence à cette équipe, dans le but d'obtenir le même effet. C'est ce qu'explique cette infirmière de l'EMPP :

*« Dans la journée, les signalements sont soit des Equipes Sociales de Rue, des signalements qui sont passés en journée, soit de la maraude de jour. Avec Bénédicte (infirmière de la maraude de jour) on fait un travail très rapproché, parce que Bénédicte, elle est très au fait de ça, elle nous signale quasiment que des gens qu'elle a préparés à nous recevoir. Pour ça elle est très costaud, elle le sait très bien. Et quand ce n'est pas le cas, elle nous explique à quoi on peut s'attendre, qu'est-ce qu'on peut dire, comment on peut présenter les choses. J'ai pas une présentation type, mais quand je vais voir des gens qui n'ont pas été préparés, je vais dire que c'est Bénédicte qui m'envoie. Et comme Bénédicte, elle connaît bien la personne avant de nous la signaler, c'est rare qu'elle nous signale une personne qu'elle n'a vu qu'une fois et qu'elle trouve bizarre. En général, elle se donne une marge de 5 à 6 visites avant de nous la signaler, donc je peux dire que je viens de la part de Bénédicte parce qu'elle a déjà été bien identifiée par le patient. C'est le cas pour monsieur Robert. Je m'appuie sur cette relation déjà existante. Puis Bénédicte, c'est quelqu'un qui a super bon contact avec les patients, donc si on dit qu'on vient de sa part, on a fait déjà la moitié du chemin. »*

Cet extrait montre comment le lien préexistant et identifié - entre l'utilisateur et le partenaire, et entre celui-ci et l'EMPP - fonctionne comme une porte d'entrée pour cette dernière équipe, ce qui diminue ou supprime le temps nécessaire à l'EMPP pour effectuer, auprès de l'utilisateur, le travail pour *créer une demande ou faire accepter* son contact (l'« apprivoisement »). Baser son intervention sur ce lien lui permet également d'utiliser certaines informations transmises par le partenaire au sujet de l'utilisateur. Effectivement, il est plus difficile pour l'intervenant de l'EMPP d'entrer en contact avec la personne et de travailler à partir de ce qu'il a appris par un partenaire, si elle ne sait pas qu'il existe un lien entre l'équipe partenaire et l'EMPP. Alors que, si elle le sait et qu'elle a autorisé la transmission d'informations, cela permet à l'EMPP de commencer la prise en charge à partir d'une certaine mise en confiance de l'utilisateur, par extension des liens préexistants avec le partenaire. Cette première partie du travail a donc été effectuée par le partenaire et non pas par l'EMPP. Comme le disait ci-dessus l'infirmière de l'EMPP, si le partenaire a bien « préparé » les personnes à les recevoir, « on a fait déjà la moitié du chemin ».

Cependant, au-delà de faciliter les premiers contacts, l'EMPP peut baser son intervention sur le lien entre l'utilisateur et l'équipe partenaire pour fonder une prise en charge plutôt du type *expertise*. Dans ce cas, après la rencontre avec l'utilisateur, l'EMPP transmettra au partenaire toutes les informations nécessaires à la poursuite de la prise en charge. Le but est de faire en sorte que ce dernier reste engagé dans la prise en charge, d'éviter un mouvement de passage de relais du partenaire demandeur vers l'EMPP, notamment pour la suite ; que ce soit lui – et non pas l'EMPP – qui prenne les rendez-vous nécessaires, qui fasse les accompagnements le cas échéant, ce qui facilite le retrait de l'EMPP par rapport à cette prise en charge, après son expertise. Ces transmissions peuvent aussi être faites, si c'est une prise en charge *passerelle* qui se met en place, mais cela se fait dans une moindre mesure et, dans ce cas, l'EMPP sera plus impliquée dans le partage des tâches avec les partenaires.

Mais il ne suffit pas que ce lien privilégié existe. Encore faut-il que les relations entre les partenaires et l'EMPP, et entre celle-ci et l'utilisateur, permettent d'identifier l'existence de ce lien. Le récit ci-dessus montre l'exemple d'une collaboration étroite entre les intervenants des deux équipes, fondée notamment sur une reconnaissance des missions des uns et des autres. Celle-ci se traduit par un échange d'informations, par un partage des tâches et par une pratique de demandes et de réponses satisfaisante pour les deux équipes. Inutile de dire que ce n'est pas toujours le cas : souvent, les liens privilégiés entre les partenaires et les utilisateurs ne sont pas identifiés par l'EMPP<sup>1</sup>. Ainsi, il n'est pas rare que deux équipes ou plus interviennent auprès de la même personne sans que les unes soient au courant du travail que font les autres. Il se peut, par exemple, que deux équipes entament en même temps les démarches pour refaire la carte d'identité de la même personne ou que les différentes équipes travaillent pour faire accepter à l'utilisateur des projets différents, voire contradictoires. Certains intervenants pensent que ce n'est pas forcément gênant en soi, car cela peut offrir à l'utilisateur une palette plus large de choix de projets et de relations, qu'il gère comme il veut et comme il peut ; et, s'il le souhaite, il peut informer une équipe que l'autre est en train de lui proposer ou de mettre en

---

<sup>1</sup> Lorsque j'ai interviewé des personnes vivant prioritairement, voire uniquement dans la rue, j'ai constaté à quel point il est difficile d'identifier l'existence de liens avec d'autres intervenants : dans mes rencontres avec Antoine, par exemple, il n'a parlé d'aucun intervenant spontanément, il disait que personne ne l'aidait, que personne ne venait le voir. Mais moi-même, je me suis appuyée sur son lien avec l'EMPP, pour bénéficier de sa confiance et faciliter notre contact. Il savait donc que je faisais partie de l'EMPP et que, de ce fait, je connaissais son parcours. Ainsi, je pouvais lui demander « et la Croix Rouge et la DPP, ils passent de temps en temps ? ». Et j'ai su que certains partenaires intervenaient auprès de lui uniquement parce que je les ai rencontrés sur son site lorsque, par hasard, ils sont venus le voir en même temps que moi.

place tel ou tel projet. D'autres argumentent que cela fait perdre du temps à tout le monde<sup>1</sup>. Je reviendrai sur ces situations dans lesquelles le lien n'existe pas, n'est pas identifié ou ne peut pas être utilisé. Toujours est-il que moins les équipes collaborent, moins elles peuvent identifier des liens préexistants sur lesquels baser leur intervention et plus elles doivent elles-mêmes constituer ces liens. Dans ce cas, il est plus difficile pour l'EMPP de mettre en place une prise en charge *expertise*, d'une part parce que l'utilisateur est son interlocuteur privilégié, voire unique, et non pas les partenaires. D'autre part, parce que s'il n'y a pas d'autres partenaires ayant des liens privilégiés identifiés participant à la prise en charge, c'est l'EMPP qui met en place la plupart des démarches, au moins dans un premier temps, et ces deux aspects caractérisent une prise en charge plutôt du type *passerelle*.

Voici une situation dans laquelle le rapport entre l'existence, l'identification et l'utilisation d'un lien entre l'utilisateur et un partenaire (psychiatrique, en l'occurrence), s'articule avec le partage de tâches entre les acteurs pour constituer une place à l'EMPP. Il s'agit de Monsieur Paul, d'environ 60 ans, rencontré dans la rue par une EMA et orienté vers un LHSS. Dès le lendemain, l'équipe de cette structure a demandé une évaluation au psychiatre de l'EMPP. A partir de son évaluation, ce psychiatre a formulé l'hypothèse que ce monsieur devait certainement être suivi par un secteur. Comme il connaissait le nom complet de l'utilisateur, il s'est renseigné auprès du CPOA et, ayant obtenu les coordonnées du secteur et du psychiatre qui s'occupait de lui, il l'a contacté. Les informations transmises par le psychiatre de secteur ont permis de décider de l'orientation de l'utilisateur : il était en rupture de traitement depuis quelques semaines et, de ce fait, était parti de chez lui craignant, dans son délire, de se faire agresser par ses voisins. Cela se passait périodiquement et il fallait l'hospitaliser pour remettre en route le traitement, puis il pouvait retourner chez lui. Le psychiatre de l'EMPP a utilisé ces informations pour rassurer l'utilisateur en lui expliquant qu'il avait contacté son psychiatre traitant, qu'il allait l'accompagner pour le rencontrer et qu'après, quand les problèmes seraient réglés, il retournerait chez lui. Cette référence à un intervenant connu de Monsieur

---

<sup>1</sup> Dans le but de faciliter la circulation d'informations à propos des personnes vivant à la rue et d'éviter ce type de prise en charge « en doublon », la DASS de Paris a mis en place un site internet où les intervenants pouvaient écrire des petites notes informant par exemple, qu'ils intervenaient auprès de telle ou telle personne, qu'ils mettaient en place tel ou tel projet avec elle, qu'ils l'avaient perdue de vue et souhaitaient être informés si d'autres intervenants la voyaient. Le code d'accès à ce site était donné aux institutions intervenant dans la rue et, en pratique, tous les intervenants y avaient accès pour lire ou écrire des notes, y compris les bénévoles. Dans la réunion de présentation de ce site internet, le directeur de la DASS a même évoqué, à titre d'exemple, qu'il serait intéressant d'informer l'ensemble des intervenants pouvant rencontrer une personne si elle avait été hospitalisée en psychiatrie, surtout si elle l'avait été en HO (hospitalisation d'office). Il a modifié immédiatement son propos lorsqu'il lui a été expliqué que cela est absolument illégal. A propos de la circulation des informations entre intervenants et sans la participation de l'utilisateur, voir E. Goffman (1968).

Paul et avec qui il avait un lien l'a donc rassuré et a facilité le travail pour *faire accepter* l'orientation prévue. C'est le psychiatre de l'EMPP qui a fait les liaisons téléphoniques et l'accompagnement physique de l'utilisateur jusqu'au service de psychiatrie et après ce passage de relais, il s'est retiré de la prise en charge.

L'existence et l'identification d'un lien privilégié entre l'utilisateur et un partenaire a donc permis à l'EMPP de rester dans un rôle d'*expertise* avec un petit versant *passerelle*. Il serait encore plus proche d'une position d'*expertise* si le psychiatre avait pu faire en sorte que ce soit le médecin du LHSS qui contacte le CPOA et que ce soit l'équipe du LHSS qui accompagne Monsieur Paul au service de psychiatrie. En revanche, si ce lien avec l'équipe de secteur psychiatrique n'avait pas pu être identifié<sup>1</sup>, il aurait probablement été nécessaire à l'équipe du LHSS et/ou à l'EMPP de créer un lien avec ce monsieur (« apprivoisement ») pour essayer d'en savoir plus sur lui et préciser une orientation avant de penser à un passage de relais. Par exemple, sans ces informations, peut-être l'équipe sociale se serait-elle mise à lui refaire des papiers, à lui ouvrir des droits, à lui chercher un logement, alors que tout cela était fait. Et l'EMPP aurait probablement mis en place un suivi en attendant que les problèmes sociaux se règlent pour ensuite le sectoriser et passer le relais. L'EMPP se serait engagée dans une prise en charge plutôt du type *passerelle*, faute de pouvoir identifier des liens privilégiés préexistants avec d'autres partenaires. Ainsi, il est clair que l'existence et l'identification de ces liens exercent une influence importante dans le type de prise en charge engagé par l'EMPP ou, autrement dit, dans la place que l'EMPP occupera dans le partage de pouvoirs autour d'une prise en charge.

Cependant, il arrive qu'un lien existe entre la personne et le partenaire et qu'il soit identifié, mais que l'EMPP ne puisse pas l'utiliser comme base de ses interventions. C'est le cas, par exemple, lorsque le partenaire estime que ce n'est pas dans ses missions de participer à l'aspect psychiatrique de la prise en charge. Ou qu'il ne souhaite pas mettre en danger sa relation avec l'utilisateur pour s'occuper d'affaires psychiatriques, qui sont souvent délicates, préférant l'utiliser pour mettre en place un soin somatique, par exemple. Ou bien, que le partenaire n'est pas d'accord avec l'orientation proposée par l'EMPP. Dans ces cas, les

---

<sup>1</sup> Il arrive souvent que les intervenants ne connaissent pas le nom de l'utilisateur, ce qui rend difficile l'identification d'autres partenaires intervenant auprès de lui. Des recherches peuvent être effectuées à partir de prénoms et même de surnoms ou de descriptions, mais le résultat est moins sûr.



partenaires ne participeront pas au travail pour *créer une demande ou faire accepter* l'orientation proposée par l'EMPP. S'ils sont en contact avec l'utilisateur, ils peuvent faire ce type de travail, mais par rapport à leurs propres objectifs. Nous avons vu les récits de Chloé (p. 132, p. 200, p.219) qui disait qu'elle se limitait à s'occuper de la vie quotidienne des usagers dans le centre d'hébergement – hygiène, repas, couchage, vestiaire, réveil – qu'elle les informait sur les autres prestations (conseillère sociale, médecin généraliste, dermatologue, psychologue) sans insister ni même proposer aux usagers de les solliciter. Elle utilise les liens privilégiés qu'elle a avec les usagers plutôt pour *créer une demande ou faire accepter* une douche, un repas, le partage de la chambre avec un autre usager difficile.

Dans le cas où l'EMPP ne peut pas baser son intervention sur le lien existant entre l'utilisateur et le partenaire, il se peut que les deux équipes soient à peu près d'accord sur le partage des tâches, notamment concernant le travail pour *créer une demande ou faire accepter*, qui se poursuivront en parallèle, comme nous venons de voir dans le discours de Chloé. Mais il se peut que les équipes n'arrivent pas à un accord à ce sujet, ou même qu'elles n'en aient pas discuté entre elles et qu'elles poursuivent leurs interventions en parallèle<sup>1</sup>, en doublon (comme dans l'exemple des deux équipes qui font les démarches avec la même personne pour refaire sa carte d'identité) ou bien de façon contradictoire.

Ainsi, les situations suivantes peuvent se produire : après des semaines, voire des mois de travail de la part de l'EMPP pour mettre en place la prise en charge d'une personne au CMP (*créer une demande de soin*), lorsque enfin cela se concrétise, l'équipe du centre d'hébergement la déclare sortante (*faire accepter* d'avoir plus d'autonomie, faire le 115 tous les jours), donc retour à la rue et la prise en charge psychiatrique est fortement menacée ; après des mois pour *faire accepter* à une personne de venir en centre d'hébergement, en vue d'améliorer son état physique et d'une meilleure évaluation psychiatrique, lorsqu'elle accepte, l'équipe partenaire ne l'accueille pas estimant qu'elle n'a rien à y faire, donc retour à la rue ; l'EMPP travaille pour *faire accepter* ses visites à une personne vivant exclusivement dans la rue et demande à ce que les Equipes Sociales de Rue ne passent pas la voir, pour éviter qu'elle se sente persécutée, mais ces équipes s'inquiètent de l'état de cette personne et passent tous

---

<sup>1</sup> Par exemple, autant les Equipes Sociales de Rue que l'EMPP peuvent proposer un hébergement d'urgence à la personne rencontrée dans la rue, mais elles n'ont pas toutes les deux les mêmes objectifs vis-à-vis de cette personne et ne se sont pas forcément accordées sur ce qu'il fallait lui proposer.

les jours pour lui *faire accepter* des soins somatiques ; au contraire, l'EMPP demande à ce que les Equipes Sociales de Rue passent telle nuit pour rappeler à un usager qu'il a un rendez-vous le lendemain au CMP et les partenaires estiment qu'ils ont d'autres priorités et que c'est à l'EMPP de s'occuper de ses patients.

Voici enfin, un exemple de prise en charge plus longue avec désaccord persistant sur les objectifs du travail pour *créer une demande et faire accepter*, ainsi que sur celui qui devait effectuer ce travail. L'EMPP travaillait avec Monsieur Leduc (50 ans, suivi par l'EMPP depuis environ 4 ans) pour *créer une demande ou faire accepter* un retour au logement et toutes les contraintes qui en découlent (faire le ménage, faire la cuisine, gérer son budget, ...), en souhaitant que l'équipe partenaire en fasse autant, voire qu'elle assume complètement ce travail, en attendant que l'assistante sociale partenaire lui trouve un logement. L'équipe partenaire, au contraire, pensait qu'il n'avait rien à faire dans cette structure et qu'il serait incapable d'accéder au logement, donc qu'il fallait l'envoyer en psychiatrie et/ou dans sa famille en Haïti, que c'était à l'EMPP de faire le nécessaire, y compris le travail pour *créer une demande ou faire accepter* et, en attendant, elle ne faisait rien pour lui, sauf les prestations de base : couchage, repas, hygiène, distribution de médicament. Face à cette divergence d'objectifs, l'EMPP a dû engager une prise en charge *passerelle*, souvent très proche d'une prise en charge *à part entière* sauf qu'il y avait quand même une perspective de passage de relais, même si à long terme.

Tous ces exemples montrent que même quand un lien privilégié avec un partenaire existe et est identifié, il ne peut pas forcément être utilisé par l'EMPP pour baser son intervention. Ils montrent également que les acteurs n'arrivent pas toujours à s'accorder sur un partage de pouvoirs plus ou moins satisfaisants pour les uns et les autres, comme dans le cas du premier récit de cette section. Aussi faut-il souligner que, dans ce contexte, les prises en charge peuvent avoir l'air d'une prise en charge *expertise*, par sa courte durée et par le peu de rencontres avec l'usager, mais que cela est le résultat d'une rupture de prise en charge (la personne est perdue de vue ou n'accepte plus de rencontrer les intervenants de l'EMPP) et non pas d'une stratégie d'intervention. Cela peut au contraire prendre la forme d'une prise en charge *passerelle* non pas par un besoin identifié chez la personne, mais parce que les partenaires ne participent pas ou peu au travail pour *créer une demande ou faire accepter* les propositions de l'EMPP. On voit encore une fois que le mode de prise en charge et la

distribution des pouvoirs n'est pas uniquement déterminée par les caractéristiques, nécessités ou possibilités des acteurs, mais aussi par les relations qu'ils entretiennent entre eux.

Je passerai rapidement sur des questions d'organisation spécifiques aux différentes équipes, qui rendent difficile à l'EMPP d'utiliser le lien entre le partenaire et l'usager et qui, dans cette mesure, peuvent aussi l'induire dans un fonctionnement plutôt *passerelle* et moins *expertise*. Cela peut être le manque de véhicule de service, le manque de personnel, les objectifs institutionnels, les horaires de fonctionnement, entre autres. Prenons l'exemple des équipes sociales de rue, qui pourraient éventuellement fonctionner comme base pour une prise en charge *expertise* par l'EMPP, en faisant la plupart du travail pour *créer une demande et faire accepter* avant le contact avec cette équipe, puis en mettant en place les orientations retenues. Néanmoins, la grande majorité de ces équipes ne travaillant que pendant la nuit, il est plus difficile pour elles d'organiser des accompagnements et, dans une moindre mesure, des liaisons ou des prises de rendez-vous. Aussi fonctionnent-elles souvent dans une perspective dite d'urgence sociale, de répondre aux besoins immédiats sans une visée de réinsertion, sans s'organiser autour d'un projet. Ce n'est donc pas dans leurs missions d'assurer des accompagnements dans un CMP ou de refaire des papiers. C'est là que l'EMPP doit fonctionner comme *passerelle*, mais souvent par défaut, car si des équipes sociales intervenaient aussi pendant la journée dans la rue et au delà d'une mission d'« urgence sociale », elles pourraient éventuellement faire le suivi, le soutien, les liaisons et les accompagnements nécessaires, et l'EMPP pourrait se cantonner un peu plus à son activité *d'expertise* et d'aide aux aidants.

Bien évidemment, il n'y a pas que l'impossibilité d'appuyer son intervention sur le lien existant entre l'usager et le partenaire qui empêchent l'EMPP d'intervenir en tant qu'expert. Parfois, les intervenants ne cherchent pas à savoir si d'autres partenaires travaillent auprès de telle ou telle personne. Cette conseillère sociale, depuis 4 ans en poste dans un centre d'hébergement, dit clairement qu'il est rare que les intervenants, des centres ou de l'EMPP, cherchent à savoir si d'autres intervenants participent ou ont participé à la prise en charge d'une personne qu'elles rencontrent :

*« Les conseillères... l'EMPP..., déjà nous, on ne fait pas appel à eux parce que déjà, entre nous, on ne se fait pas beaucoup appel. Qu'on soit en psy ou pas en équipe psy, on se fait pas beaucoup appel parce que chacun a son travail. Il n'y a*

*que quand les personnes disent : « oui, j'ai été vue par l'assistante sociale de l'autre CHU » qu'on va appeler l'assistante sociale de l'autre CHU. Mais je sais pas si les gens qui viendront ici nous diront : « j'ai été vu par l'assistante sociale de l'EMPP ». Ca se fait pas, ça. Ca s'est jamais fait en tout cas depuis que ça existe. »*

En effet, l'EMPP ne sollicite pas toujours les partenaires, notamment ceux qui interviennent dans la rue pendant la journée, comme la BAPSA ou la DPP<sup>1</sup> ou même la maraude de jour du Samu social, pour identifier ou essayer d'utiliser des éventuels liens. Cela arrive aussi dans les centres, mais il est plus présent dans les interventions auprès des personnes vivant prioritairement dans la rue. C'est comme si, d'une certaine manière, l'EMPP choisissait d'intervenir sans la participation d'autres partenaires, tant qu'il n'est pas question d'orientation. La présence d'un AMP dans l'EMPP, depuis mars 2006, indique bien comment cette équipe a en quelque sorte matérialisé sa position de *passerelle*, en se donnant les moyens de jouer ce rôle pleinement. C'est ce qu'explique cet infirmier de l'EMPP :

*« ... l'équipe avait le choix pour le recrutement, on aurait pu prendre un aide soignant, un chauffeur, un éducateur, un moniteur éducateur, mais d'avoir un AMP. En plus cet AMP, c'est un plus. Quand on voit la relation avec Patrick, en particulier, parce que la nuit dernière j'ai été voir Patrick avec Arthur (AMP), alors Patrick qui est un fou dans toute sa splendeur, il explose de psychose, quand il voit Arthur descendre du camion, c'est le messie, c'est Dieu qui arrive. Il y a une espèce de jeu d'humour, de franche camaraderie, alors on ne peut pas dire ça parce qu'il reste professionnel, il y a de l'affect, de la relation humaine, une reconnaissance d'un côté et de l'autre qui fait que ça marche, j'ai tenté de parler de santé, ça n'a pas marché. C'est Arthur qui venait pour lui donner rendez-vous pour sa douche et c'était ça son problème. Sa santé c'était pas son problème, par contre prendre sa douche avec Arthur, ça c'était son problème. Ça c'est le truc important. C'est sur ce type d'action qu'on peut continuer à avancer dans les prises en charge. »*

---

<sup>1</sup> BAPSA : Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abri.

DPP : Direction de la Protection et de la Prévention de la Ville de Paris.

L'AMP de l'EMPP effectuée, entre autres choses, des visites sur site et des accompagnements qui n'ont rien de spécifiquement psy : des soins d'hygiène, un repas, un retrait d'argent à la banque. Le caractère psy de ces interventions tient au fait qu'elles permettent de maintenir, de renforcer ou même de créer, le lien de la personne à l'EMPP, lien qui sera utile pour *créer une demande ou faire accepter* à la personne d'aller soit vers les structures sociales, soit vers les structures sanitaires, y compris psychiatriques. Et, comme nous l'avons vu, les accompagnements sont une stratégie à part entière pour *créer une demande ou faire accepter*. Jusqu'à son arrivée, c'étaient d'autres membres de l'EMPP qui effectuaient ce type d'accompagnement, mais du fait des autres missions de ces intervenants, ceci restait limité à quelques usagers. Et si un intervenant de l'EMPP ne faisait pas ces accompagnements, soit l'équipe partenaire le faisait, soit cela n'était pas fait. Encore une fois, c'est dans la définition de qui fait ce travail que se joue le partage de pouvoirs<sup>1</sup> entre les intervenants.

Cette discussion sur le partage de tâches peut évoquer d'une hiérarchisation entre les tâches nobles et le sale boulot, tel qu'il a été décrit par E.C. Hugues (1996) et par J. Peneff (1992), pour ne citer que ces deux auteurs parmi tant d'autres. Je n'ai pas approfondi la question dans l'enquête, mais je peux formuler l'hypothèse que, dans ce terrain, c'est une autre logique qui sous-tend ce partage des tâches. Par exemple, n'importe quel membre de l'EMPP peut effectuer des accompagnements, sauf le personnel administratif (secrétaire et chargée de mission). Aussi, n'importe quel membre de cette équipe peut conduire le véhicule et « faire le chauffeur » ; en pratique, le camion était le plus souvent conduit par le psychiatre ou par deux des trois infirmiers, alors que, selon la logique de délégation du sale boulot, ce travail devrait incomber à l'AMP. De plus, les membres de cette équipe revendiquaient cette non-assignation des tâches moins nobles à certains professionnels. Il me semble donc qu'il est plus pertinent de penser l'enjeu du partage des tâches comme un enjeu de pouvoirs dans la mesure où il implique un engagement plus ou moins important des équipes dans les prises en charge et non pas dans le sens de tâches plus ou moins nobles. Lorsque ces interventions sont effectuées par l'EMPP, celle-ci se situe plus dans une optique de prise en charge *passerelle* et, au contraire, quand c'est le partenaire qui les effectue, l'EMPP se situe un peu plus dans une position

---

<sup>1</sup> Je rappelle que la notion de pouvoirs est ici entendue dans une acception large, qui correspond à l'ensemble d'interventions reconnues comme relevant légitimement de tel ou tel acteur, dans tel ou tel contexte. Et je parle de pouvoirs, au pluriel, dans la mesure où il ne s'agit pas d'analyser le pouvoir d'un acteur en particulier (par exemple « le pouvoir psychiatrique » ou « le pouvoir des usagers »), ni de comment le pouvoir des uns s'articule à celui des autres, mais de comprendre comment ces pouvoirs se constituent les uns par rapport aux autres dans leurs agencements réciproques.

d'*expertise* (avec l'inconvénient de voir ses orientations éventuellement ignorées). Ainsi, la présence de l'AMP, avec la possibilité plus importante d'effectuer ces interventions, facilite l'inscription de l'EMPP dans des prises en charge sur le mode *passerelle* ou *à part entière*.

Nous avons vu que la possibilité pour l'EMPP de baser son intervention sur les liens entre les usagers et les partenaires est assez limitée. D'abord parce que même si ce lien existe, il n'est pas forcément identifié, ensuite parce que même quand il existe et est identifié, il ne peut pas toujours être utilisé. Mais il arrive que la première condition ne soit pas remplie, c'est-à-dire qu'aucun lien significatif n'existe entre l'usager et des intervenants. Il faut dire que le thème de la constitution des liens entre les équipes partenaires et les usagers reste une question ouverte dans ce travail ; il n'est pas au cœur de cette étude et il n'a donc pas été abordé directement dans l'enquête. Cependant, je me permets d'avancer quelques éléments à ce sujet, d'après mes observations sur le terrain et les entretiens, notamment ceux menés auprès des usagers. Ainsi, il me semble que ce lien est assez difficile à constituer, mais qu'il arrive qu'au cours des rencontres aléatoires tel intervenant finisse par avoir un contact privilégié avec tel usager. Leurs difficultés tiennent notamment au grand turn-over des équipes, à la quantité importante d'intervenants rencontrés par les usagers, ainsi que la quantité d'usagers rencontrés par les intervenants et enfin, au peu de fréquence et à la courte durée des rencontres<sup>1</sup>.

Un premier élément sur la difficulté de constituer un lien entre un intervenant du social et un usager concerne les personnes qui sont à la rue et qui viennent rarement, voire jamais, vers les institutions, que ce soit un centre d'hébergement ou un accueil de jour. Elles n'ont pas de contacts avec d'autres intervenants que ceux des diverses équipes mobiles qui « vont vers ». Mais ces intervenants sont souvent très nombreux et les rencontres avec les mêmes intervenants, au contraire, ne le sont pas. Par exemple, à l'Institution Sociale Partenaire, la distribution des équipes mobiles par arrondissement est faite à chaque début de service et change toutes les nuits ; du fait du roulement des équipes et de la mobilité des personnes à la rue, un intervenant va retrouver un usager, en fonction du hasard, peut-être deux fois dans le mois, alors que chaque nuit ou presque, une équipe de cette institution, composée de trois personnes différentes à chaque fois, rencontrera cette personne. Dans le cas des équipes qui

---

<sup>1</sup> Je reviendrai sur la difficulté pour l'EMPP à rencontrer les personnes, dans la rue et dans les centres, dans le chapitre 9.

fonctionnent surtout avec des bénévoles, les intervenants sont présents une ou deux nuits par mois. C'est le cas des Restos du Cœur, qui couvrent un large territoire de la capitale : chaque soir, une équipe circule dans un arrondissement différent du nord de Paris et une autre, dans un arrondissement du sud. L'équipe de rue de la Croix Rouge du 4<sup>ème</sup> arrondissement, en revanche, circule dans un territoire restreint et donc les chances sont plus grandes pour un bénévole de rencontrer les mêmes personnes, même s'il ne tourne qu'une ou deux fois par mois. Malgré ces difficultés, il semblerait qu'à la longue, au bout de plusieurs mois ou années, si certains visages et noms partent, d'autres restent ou reviennent et finissent par se connaître et se reconnaître, même s'ils ne se voient que de temps en temps. Et il arrive que des liens puissent quand même se tisser.

Dans le cas des centres d'hébergement d'urgence (CHU), les équipes sont plutôt régulières, à peu près les mêmes intervenants tout au long de la semaine. Cependant, les intervenants ne restent pas longtemps en poste (turn-over) et le temps de séjour des usagers est assez court : en général, une nuit ou une semaine. Même s'il peut y avoir des prolongations de séjour, ils sont deux semaines dans ce centre, trois jours dans un autre, une semaine à la rue, puis reviennent encore une semaine dans le premier centre, au gré des places disponibles distribuées par le 115. De plus, lorsque l'utilisateur arrive le soir ou dans la nuit, il rencontre l'équipe de nuit et quand il se réveille le lendemain, c'est déjà l'équipe de jour qui est en poste. Par ailleurs, certains usagers se réveillent de bonne heure et partent, sans rencontrer un intervenant du centre. Rappelons également le rapport entre le nombre de personnes hébergées et de salariés présents (en journée, environ trois conseillères sociales et quatre animateurs, plus des éventuels bénévoles pour aider à servir les repas pour plus d'une centaine d'hébergés). Cela peut prendre du temps pour qu'il puisse y avoir une relation personnalisée entre un usager et un intervenant. Malgré toutes ces difficultés, nous l'avons vu dans le récit de Chloé (p.132), de nombreux usagers fréquentent ce centre par intermittence depuis son ouverture, cinq ans auparavant, et de ce fait, finissent par tisser des liens avec le peu d'intervenants restés en poste.

Dans les LHSS, la situation est différente des CHU, notamment en ce qui concerne la durée de séjour (plus longue), le temps de présence dans la structure pendant le séjour (24h/24) et le rapport entre le nombre de salariés et le nombre d'utilisateurs (variable d'un centre à l'autre mais inférieur aux CHU). Tout ceci facilite un contact plus important entre les utilisateurs et les intervenants. En revanche, ce sont les équipes qui circulent beaucoup avec le roulement de

12h. Notons que l'architecture de la structure peut ou non favoriser ces rencontres. Je prends l'exemple d'un LHSS avec une salle commune en face du bureau des infirmiers, permettant ainsi qu'ils se croisent en permanence et donc facilitant le contact. Un autre LHSS, au contraire, installé sur six étages, dispose de deux petites salles communes loin des deux postes infirmiers, un au premier étage, l'autre au cinquième : il faut que l'infirmier ait envie de se rendre dans les salles communes ou ait quelque chose à y faire, autrement il peut passer plusieurs jours sans y mettre les pieds. Aussi, cette disposition des locaux fait qu'il n'est pas possible de dire bonjour en passant par hasard par le poste infirmier, il faut faire la démarche d'y aller, frapper à la porte. Un usager peut passer plusieurs jours sans y aller. Pour ne rien faciliter, avec les horaires de travail des intervenants, les usagers n'ont pas l'occasion de les voir souvent car, par exemple, l'infirmier qui travaille lundi et mardi au premier étage est de repos mercredi et jeudi, puis travaille vendredi et samedi au cinquième étage, est de repos dimanche et lundi, et retravaille mardi et mercredi au premier. Si l'usager reste un mois dans ce LHSS, il aura peut-être vu cet infirmier deux fois par semaine, s'il n'a pas pris de congés. Ce qui ne veut pas dire qu'ils ont eu l'occasion d'échanger quelques mots. Dans les entretiens, les infirmiers de ce centre parlent de la difficulté d'être avec les usagers, des rencontres qui se font uniquement au moment de la distribution de médicaments avant le repas ou alors, au poste infirmier, si la personne a un soin particulier, un pansement à faire par exemple. Sinon, les rencontres restent épisodiques et aléatoires. En résumé, les occasions de rencontres propices à tisser un lien entre un intervenant et un usager ne sont pas nombreuses. Et malgré ces difficultés, il arrive quelques fois qu'un intervenant soit plus touché par un usager et/ou vice-versa.

Pour différentes raisons, il n'est donc pas fréquent que l'EMPP puisse baser son intervention sur le lien existant entre un usager et un partenaire. Il n'est donc pas fréquent qu'il puisse s'en servir pour établir une prise en charge *expertise*, en comptant sur les partenaires pour faire la plupart, voire la totalité du travail pour *créer une demande ou faire accepter*. C'est donc souvent l'EMPP qui doit réaliser ce travail, ce qui veut dire qu'elle est souvent en position de *passerelle*. Et les prises en charge *expertise* sont souvent basées sur une demande ou une acceptation de l'usager, déjà existante ou rapidement obtenue par l'EMPP au cours d'un ou deux entretiens.



## Conclusion du chapitre :

Nous avons vu, dans le chapitre 4, que la psychiatrie ne pouvait pas intervenir en l'absence d'une demande formulée en présence de la personne directement concernée dans un lieu de soin ou en référence à une situation ainsi configurée. Nous avons vu également que les équipes intervenant auprès des personnes sans-domicile, au contraire, légitiment leur intervention par cette absence de demande de la part de la personne. Ainsi, l'EMPP intervenant à mi-chemin entre ces deux statuts (d'équipe psychiatrique et d'équipe sociale de rue) pouvait légitimer son intervention par la demande ou par la non-demande. C'est-à-dire qu'en cas de non-demande de l'usager, la demande d'un tiers est la condition nécessaire et suffisante pour légitimer l'intervention de cette équipe. Autrement dit, ce sont les partenaires qui décident de l'entrée ou pas de l'EMPP dans le partage des pouvoirs autour d'une prise en charge. C'est pourquoi il a fallu étudier, dans le chapitre 5, comment émergeait cette demande des tiers, les partenaires en l'occurrence. Nous avons vu que, dans la mesure où ce sont les partenaires qui décident de commencer à partager leurs pouvoirs autour d'une prise en charge - dont la demande d'intervention en est la marque -, le type d'intervention demandée induit en quelque sorte le mode selon lequel les pouvoirs seront partagés ou, autrement dit, quel sera le mode de prise en charge développé par l'EMPP : *expertise, passerelle* ou *à part entière*.

Cependant, si la demande des partenaires est le support moral à la légitimation de l'intervention de l'EMPP et si elle induit un certain type de partage des pouvoirs, elle n'est pas le support pratique permettant à la prise en charge de se mettre en place et elle ne détermine pas définitivement le mode de partage des pouvoirs. Car d'une part, du point de vue pratique, il est difficile, voire impossible, d'intervenir sans une demande de la part de la personne ou au moins son accord, sauf dans les cas de soins sous contrainte, prévus par la loi. Il est donc fondamental de créer cette demande chez l'usager ou bien d'obtenir son acceptation pour pouvoir intervenir. Autrement dit, il est nécessaire de faire passer l'usager d'une position de refus ou de non-demande à la zone de demande (acceptation, demande ambiguë, demande pour plaire ou faire accepter, demande). Et d'autre part, les modes de prises en charge sont en partie déterminés en fonction de l'interlocuteur principal de l'EMPP et de la nature des interventions qu'elle effectue. Il a alors fallu chercher à comprendre quel était ce travail pour *créer une demande ou faire accepter* et qui l'effectuait.

Dans ce chapitre, j'ai abordé l'importance de créer une demande chez l'utilisateur ou, du moins, de faire en sorte qu'il accepte la proposition qui lui est faite. Importance qui n'est pas exclusive des interventions auprès de cette population mais qui y est particulièrement présente, non seulement sur le plan moral mais aussi sur le plan pratique. J'ai ensuite abordé les stratégies pour effectuer le travail pour *créer une demande ou faire accepter* : l'apprivoisement, l'avancée par paliers, la gestion de l'information (omission ou explicitation), l'avancée par petites touches, l'accompagnement. Nous avons vu que ce travail peut être réalisé à tout moment : avant le signalement à l'EMPP, il peut être effectué par l'entourage des personnes et par les équipes partenaires (professionnelles et/ou bénévoles) et, après le signalement, par ces mêmes acteurs ainsi que par l'EMPP. Dans la mesure où toute catégorie d'acteur peut le faire, plus l'EMPP s'engage dans ce travail, plus elle accentue sa désépécification. J'ai enfin montré qu'en fonction des acteurs qui effectuent ce travail, l'EMPP a tendance à intervenir selon un des trois modes de prise en charge décrits et donc à occuper une place différente vis-à-vis des usagers et vis-à-vis des partenaires. Et comme les partenaires ne sont pas souvent moteurs dans la création, chez l'utilisateur, d'une demande ou d'une acceptation de l'intervention psy, ce travail incombe souvent à l'EMPP, qui intervient alors plutôt comme passerelle.

Ces réflexions seront prolongées dans la partie III de cette thèse, qui porte sur les limites d'intervention de l'EMPP. Ainsi, le chapitre 7 montrera comment le travail pour *créer une demande ou faire accepter* permet aux intervenants d'envisager et de mettre en place le passage du relais vers les structures psychiatriques de secteur. Et aussi, comment le fait de pouvoir ou non baser ses interventions sur le lien entre les partenaires et l'utilisateur, dans cette phase du passage de relais, contribue à la construction de la place de l'EMPP. Dans le chapitre 8, il sera question d'interventions sous contrainte, lorsqu'il n'est plus possible d'attendre que le travail pour créer une demande ou faire accepter aboutisse ou lorsqu'il n'a pas pu être entamé. Enfin, le chapitre 9 présentera des situations où les personnes ne sont pas ou plus rencontrées, ni par l'EMPP ni par les partenaires et, de ce fait, le travail pour *créer une demande ou faire accepter* ne peut pas être effectué.



## **Partie III :**

**La limite d'intervention comme opérateurs micropolitique**

**ou**

**Jusqu'où intervenir ?**



### Introduction à la partie III

Cette thèse a pour objectif d'étudier la construction de la place d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP), en partant de l'analyse de sa légitimation à intervenir et à ne pas intervenir auprès des personnes vivant dans les circuits de rue qui ne s'adressent pas aux structures de soins. Dans la partie précédente, il était question de comprendre, à travers l'étude de la demande, à partir de quand pouvait intervenir légitimement l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité. Dans la troisième partie de cette thèse, il s'agira des limites d'intervention de l'EMPP : jusqu'où cette équipe peut-elle légitimement intervenir ? jusqu'où peut-elle légitimement de ne pas intervenir ? Pour étudier cette question, le chapitre 7 sera consacré au passage de relais des prises en charge vers les équipes de soin des secteurs de psychiatrie ; ensuite, l'exemple des interventions sous contrainte sera abordé, dans le chapitre 8 et enfin, dans le chapitre 9, il s'agira du cas des personnes que l'EMPP n'arrive pas à contacter, soit parce qu'elle n'arrive pas ou plus à les trouver, soit parce que les personnes refusent le contact avec cette équipe. Ces trois situations sont considérées comme des limites à l'intervention de l'EMPP.

Une fois que le travail pour *créer une demande ou faire accepter* (chapitre 6) commence à porter ses fruits, que la personne demande l'intervention de l'EMPP et/ou accepte ses propositions, la prise en charge avance vers un passage du relais « en douceur » (chapitre 7) aux équipes du secteur (accès aux services de droit commun). Dans ce processus, la question se pose de savoir jusqu'à quel point l'EMPP peut continuer à intervenir auprès de la personne, sans encourir des reproches de *sur-interventionnisme* ? A l'inverse, à quel moment peut-elle s'éclipser sans encourir des reproches de *sous-interventionnisme* ? Nous verrons dans quelle mesure les articulations entre les acteurs peuvent déterminer ces limites et contribuent à façonner, de ce fait, la place de l'EMPP, en influant sur la configuration du partage de pouvoirs en termes de prise en charge *expertise, passerelle* ou *à part entière*.

Si le travail pour *créer une demande ou faire accepter* n'a pas abouti, que la personne ne demande ni n'accepte des soins, une intervention sous contrainte peut être évoquée (chapitre 8). Souvent, les acteurs ne s'accordent pas sur les limites de l'intervention, sur sa légitimité ou son illégitimité. Et ce désaccord existe entre les différentes catégories d'acteurs, mais aussi au

sein même de l'EMPP. C'est-à-dire qu'il arrive qu'en discutant d'une prise en charge, certains estiment qu'il est absolument nécessaire d'hospitaliser la personne, ne fût-ce que sur contrainte et, pour eux, cette intervention est *ajustée* alors que la continuité de la prise en charge, sur le mode habituel de rencontres régulières, serait considérée comme du *sous-interventionnisme*. D'autres, au contraire, pensent que les conditions ne sont pas réunies pour légitimer une hospitalisation, et que cette non-intervention est *ajustée*, alors qu'une intervention visant une hospitalisation serait du *sur-interventionnisme*. Ces désaccords se manifestent également autour de la pertinence à continuer à suivre une personne ou à passer le relais aux structures du droit commun (chapitre 7), de même que lorsqu'il s'agit de savoir s'il est légitime de continuer à intervenir dans une situation alors que la personne concernée n'est pas/plus trouvée ou refuse le contact avec l'EMPP (chapitre 9). Etant donné que ces limites sont assez floues dans une pratique si peu codifiée, le travail politique des acteurs, pour la définition de qui doit intervenir, comment et jusqu'à quel point, est véritablement au cœur des interventions et de leur légitimation.

## Chapitre 7 - Le passage du relais en douceur

Au fur et à mesure que l'utilisateur exprime une demande ou qu'il accepte les propositions des intervenants, la prise en charge peut aller vers un passage de relais « en douceur », c'est-à-dire vers une transition entre la prise en charge effectuée par l'EMPP et celle effectuée par l'équipe relais, en l'occurrence une équipe de secteur psychiatrique. Ce passage comprend un double mouvement : de décrochage, par rapport à l'EMPP, et d'accrochage<sup>1</sup> par rapport à l'équipe relais. Ce n'est pas un processus linéaire, il peut y avoir des avancées et des retours en arrière, des interruptions et des reprises. Aussi sa durée est-elle extrêmement variable, entre le moment où il est évoqué, mis en route et conclu. Ce sont des moments riches en éléments pour étudier la place de l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP). Autour de l'arrivée, du départ et de la permanence de certains acteurs, le re-questionnement à propos de « qui fait quoi »<sup>2</sup> est central. Dans la mesure où cette équipe a pour mission affichée de faciliter l'accès aux soins psychiatriques de droit commun, et donc de passer le relais à un moment donné, ce processus pose la question de savoir jusqu'à quel point l'équipe a une fonction *d'expertise*, de *passerelle* ou de prise en charge *à part entière*. Autrement dit, la question se pose de savoir dans quelle mesure l'EMPP renforce les services de droit commun, dans une logique de despécialisation<sup>3</sup>, par exemple comme un maillon supplémentaire de cette filière de soins ou, au contraire, dans quelle mesure elle les remplace, comme un service spécifique<sup>4</sup>, comme une autre filière ? Comment se constitue la légitimité de l'EMPP à continuer à intervenir, sans encourir la critique de *sur-interventionnisme* - ou à ne plus intervenir, sans encourir celle de *sous-interventionnisme* ?

Sachant qu'il n'y a pas de hiérarchie entre les équipes sociales, sanitaires et l'EMPP, aucune n'a la légitimité ni pour commander les autres, ni pour coordonner le travail autour d'une

---

<sup>1</sup> A propos des notions d'accrochage et de décrochage, voir L. Velpy (2008).

<sup>2</sup> Cette expression, « qui fait quoi », revenait souvent dans les discussions entre les acteurs autour des prises en charge mais aussi dans les réunions de coordination entre différentes institutions. Je la reprends ici car elle indique bien que le problème du partage des pouvoirs et de leur légitimité est central sur ce terrain.

<sup>3</sup> Les notions de spécialisation et despécialisation (M. Bresson, 2006) ont été présentées et discutées dans le chapitre 2.

<sup>4</sup> A propos du paradoxe entre les services créés pour faciliter l'accès aux structures de droit commun, donc pour renforcer la despécialisation, mais qui finissent parfois par renforcer la spécialisation, voir J. Damon (2002) et I. Parizot (2003).



situation (A. Lovell, 1996a ; J. Damon, 2002). Dès lors, il importe de comprendre quels sont les rapports entre l'EMPP et les autres acteurs (du social, du psychiatrique, l'utilisateur, éventuellement un tuteur, la famille, etc.) dans ce processus. Comment l'EMPP travaille (ou pas) son articulation avec les différents acteurs dans ce passage de relais en douceur (établir un projet commun, préciser le rôle de chacun dans la mise en route du projet, faire circuler les informations) ? Etant donné que les trois modes de prise en charge que j'ai décrits – *expertise*, *passerelle* et *à part entière* – sont définis entre autres choses par l'intensité du rapport des intervenants de l'EMPP aux autres acteurs et par la distribution du « qui fait quoi », il est possible d'affirmer que ces modes de prise en charge dessinent d'une certaine manière le champ des places possibles pour l'EMPP dans le passage de relais et inversement, que le processus de passage de relais façonne la place de l'EMPP dans une prise en charge donnée et dans ses rapports aux partenaires.

Il est important de préciser que j'aborderai uniquement les passages de relais vers les structures psychiatriques de droit commun parce que c'est l'objectif principal de l'équipe. De ce fait, la prise en charge d'une même personne par deux équipes psychiatriques, l'EMPP et l'équipe de secteur psychiatrique, n'a pas vocation à durer mais au contraire est le plus souvent motivée par l'objectif du passage de relais à plus ou moins court terme. Par contre, il est fréquent que l'EMPP participe aux prises en charge en même temps que les équipes sociales et ce sans qu'il soit question de passage de relais entre elles : elles ont des compétences, des moyens et des objectifs différents, qui auraient plutôt pour but de s'articuler.

Il faut également préciser que le passage du relais en douceur<sup>1</sup> est ici considéré comme un processus impliquant une série d'interventions auprès de l'utilisateur et d'articulations au sein et entre les équipes. Le passage de relais n'est donc pas uniquement l'aboutissement de ce processus, à savoir le retrait de l'EMPP de la prise en charge lorsque les équipes de droit commun ont pris le relais. Mais quand ce processus commence-t-il et de quels types d'intervention s'agit-il ? Comme il a été dit par des intervenants de cette équipe mobile, ainsi que par ceux d'autres EMPP, toute intervention effectuée par les intervenants de ces équipes

---

<sup>1</sup> J'ai ajouté « en douceur » au titre du chapitre, pour marquer l'opposition aux situations de contrainte, qui seront examinées dans le chapitre suivant. Anne Lovell (1996c) utilise la notion de « transition douce » pour un processus semblable.

mobiles dans ce contexte, depuis la réception de la demande, a ou devrait avoir pour objectif final le passage du relais et non pas la prise en charge à part entière. Cependant, on peut dire que le(s) premier(s) contact(s) a plutôt pour objectif immédiat l'évaluation, éventuellement la prise de contact et la mise en confiance. Au fur et à mesure que cette première phase est accomplie, on passe à la phase de prise en charge à proprement parler ou bien on passe directement à la phase de passage de relais<sup>1</sup>. Le travail de passage de relais en douceur comprend différents types d'intervention : l'orientation<sup>2</sup>, l'accompagnement<sup>3</sup>, les synthèses<sup>4</sup>, les liaisons<sup>5</sup> téléphoniques ou directes, les entretiens de suivi et de soutien avec l'utilisateur. Autrement dit, l'objectif final de toute intervention est, ne fût-ce qu'idéalement, le passage de relais, mais elles peuvent avoir d'autres objectifs immédiats. Par exemple, un accompagnement vers un accueil de jour d'une personne vivant dans la rue peut avoir pour objectif immédiat les soins d'hygiène (douche, vestiaire), l'alimentation, la mobilisation de la personne (la faire sortir de son site, accepter d'entrer dans le véhicule de l'EMPP ou prendre les transports en commun, l'acceptation du contact avec des institutions), tout en ayant pour objectif final un passage de relais vers les services de psychiatrie. Par contre, un accompagnement de cette personne à son CMP<sup>6</sup> de référence a pour objectif immédiat ce passage de relais. C'est ce dernier type d'intervention dont il s'agira ici, c'est-à-dire seulement ceux qui ont le passage de relais pour objectif immédiat.

Ainsi, dans ce chapitre, il sera question d'analyser plus précisément trois moments clé de ce processus : la prise de décision d'initier le processus de passage de relais (quels sont les arguments mobilisés pour soutenir l'intérêt d'initier le passage de relais ou, au contraire, pour

---

<sup>1</sup> Il est important de souligner que le travail d'évaluation est partie intégrante de toutes les phases de la prise en charge, mais il est mis en avant comme un objectif en soi au tout début de celle-ci.

<sup>2</sup> L'orientation consiste à préciser quelle est la structure la plus adaptée pour prendre en charge la situation en question telle qu'elle se présente à un moment donné. L'orientation peut être suivie et précédée de liaisons : l'intervenant qui fait l'orientation prend contact avec l'équipe vers laquelle il oriente la personne (par téléphone, par courrier, etc). L'orientation et les liaisons peuvent aussi être suivies d'accompagnements physiques : l'intervenant se déplace avec la personne pour rencontrer l'équipe vers laquelle elle a été orientée. Le passage de relais diffère de l'orientation en ce que, tout au long de la prise en charge d'une personne, il est possible que l'équipe fasse des orientations sans l'objectif de ne plus intervenir dans la prise en charge. Par exemple, lorsque la personne est à la rue, que l'équipe l'oriente vers un centre d'hébergement et continue à intervenir auprès d'elle par la suite.

<sup>3</sup> Un accompagnement est le déplacement physique d'au moins un intervenant avec l'utilisateur d'un lieu à un autre.

<sup>4</sup> Les synthèses sont des réunions avec des représentants des différentes équipes participant à une prise en charge. L'utilisateur est parfois invité à participer également. Elles ont en général l'objectif de faire le point sur ce que chaque équipe fait autour de cette prise en charge et/ou d'établir ce qui sera fait par la suite.

<sup>5</sup> Les liaisons sont un type d'intervention qui a pour objectif le partage d'informations entre les différents intervenants participant à une même prise en charge.

<sup>6</sup> CMP : Centre Médico-Psychologique. Pour tous les sigles, voir l'annexe 1.

ne pas la déclencher) ; la mise en route de cette passation (la proposition<sup>1</sup> à la personne et les premiers contacts avec l'équipe relais, la stabilisation du contact de la personne avec l'équipe relais) ; et enfin, le retrait de l'EMPP de la prise en charge (de la décision de le faire jusqu'au moment où l'EMPP n'intervient plus dans la prise en charge). Il s'agit d'autant de moments clés où la question de la légitimité de l'intervention – ou de la non-intervention - se pose de manière plus aiguë, des moments qui mettent en évidence et peuvent modifier la légitimité des uns et des autres à intervenir et à ne pas intervenir et donc les places occupées par les différents intervenants dans une prise en charge donnée et, plus largement, dans des contextes divers.

### **1. La décision de passer le relais**

Dans un premier temps, il est nécessaire de comprendre ce qui déclenche le basculement d'une intervention avec objectif immédiat de prise en charge par l'EMPP à une intervention avec l'objectif immédiat de passer le relais vers des structures de droit commun. Ce basculement peut avoir lieu déjà au cours d'un premier entretien avec l'utilisateur et la décision peut être prise par l'intervenant EMPP concerné uniquement, sans la participation d'autres intervenants ; ou bien, cette question peut apparaître au bout de plusieurs mois de prise en charge et être débattue avec d'autres membres de l'EMPP, voire avec d'autres acteurs concernés. Comprendre ce qui facilite ou empêche ce basculement permet donc de saisir la construction de la place de l'EMPP dans le rapport avec les autres acteurs. A partir des entretiens et des observations, j'ai pu dégager cinq critères principaux qui rentrent en ligne de compte pour favoriser le déclenchement du passage de relais en douceur d'une prise en charge : la présence de troubles psychiques ; le fait que la personne dispose d'un domicile ; le fait qu'elle soit sectorisée ; son degré d'adhésion au passage de relais et d'autonomie pour le mettre en place ; le degré de confiance de l'EMPP dans l'engagement des autres partenaires.

---

<sup>1</sup> Cette étape fait écho aux processus étudiés au chapitre 6 (*créer une demande ou faire accepter*) car une fois que le passage du relais a été pensé, discuté et décidé, il va falloir faire en sorte que la personne soit demandeuse ou, du moins, qu'elle accepte la proposition pour ensuite travailler concrètement la mise en place de ce passage.

#### a. La présence de troubles psychiatriques :

Au cours du ou des entretiens, si l'intervenant de l'EMPP évalue que la personne présente des troubles psychiques et qu'elle nécessite des soins psychiatriques, il peut envisager le passage de relais à une équipe de soins de droit commun. La présence des troubles est une condition nécessaire mais pas suffisante pour évoquer le passage de relais. En effet, je n'ai pas rencontré de situation où un passage de relais vers la psychiatrie ait été décidé concernant une personne qui n'avait pas de troubles psychiatriques avérés ou au moins supposés. Cela peut paraître évident, mais la pratique est beaucoup plus nuancée, compte tenu, notamment, de la difficulté d'évaluation de certaines situations : certains comportements, caractéristiques des troubles psychiatriques, peuvent être également présents chez les personnes vivant dans les circuits de rue qui n'ont pas de troubles psychiatriques mais pour qui ces comportements sont une sorte d'adaptation ou de conséquence de la vie à la rue<sup>1</sup>. Et même si la personne est évaluée comme relevant de la psychiatrie (présentant une pathologie ou au moins des symptômes) elle ne nécessite pas forcément de soins. Ainsi, si les intervenants de l'EMPP évaluent que la personne présente des troubles psychiques, l'enjeu sera d'évaluer si elle nécessite ou non des soins pour légitimer, avec les différents acteurs, telle ou telle intervention ou bien une non-intervention.

Il est considéré comme illégitime de passer le relais en douceur vers le secteur psychiatrique si la personne ne présente pas de troubles psychiques ou si l'évaluation n'a pas pu le déterminer ou encore si l'intervenant estime que la personne présente seulement une souffrance psychique, par exemple, du fait de son contexte de vie, (ce serait « psychiatriser le social »). Ainsi, la psychiatrie de droit commun ne sera pas sollicitée pour participer à cette prise en charge. En revanche, il n'est pas jugé illégitime par l'EMPP de continuer à intervenir dans la prise en charge.

---

<sup>1</sup> Voir dans l'introduction de cette thèse, la discussion sur la difficulté à établir un diagnostic dans le contexte des circuits de rue. Voir également A. Lovell (2001) à propos des fictions de soi-même ou des délires identificatoires dans la rue. Encore à propos des frontières brouillées, dans la rue, entre comportement induit par le contexte ou par des troubles psychiatriques, Patrick Declerck (2001) observe que des personnes non psychotiques vivant dans la rue peuvent avoir des plaies monstrueuses sans demander de soins, et il compare leur rapport à leur corps et à la douleur au comportement des psychotiques à ce sujet.

b. La personne n'est pas ou plus sdf :

Cette condition n'est pas nécessaire, mais elle est suffisante pour penser au passage du relais, si la première condition est satisfaite, à savoir, si l'EMPP considère que la personne présente des troubles psychiques. Ainsi, dès lors que la personne a un logement stable, elle a le droit de s'adresser au secteur psychiatrique référent de son lieu de domicile et il serait illégitime pour l'EMPP de ne pas travailler le passage de relais, même si celui-ci peut parfois s'étaler sur le long terme. Il s'agit de la position de cette EMPP et de plusieurs autres, mais c'est un sujet de controverse. Lors de la première journée des EMPP en mars 2007, un débat a eu lieu dans ce sens, certaines équipes disant que les personnes ayant un domicile fixe relèvent du droit commun et en aucun cas des EMPP. Les équipes qui travaillent également auprès de personnes qui disposent d'un logement stable, expliquaient leur position, avec difficulté et une certaine gêne, par le fait que les personnes en situation de précarité ont aussi des difficultés pour accéder aux soins, notamment par la difficulté de formuler et d'adresser une demande de soin à une institution compétente en la matière. La question est d'autant plus difficile à trancher que certaines personnes sont en situation très intermédiaire par rapport au logement : ils en ont un, mais ne l'habitent pas, vivant parfois depuis longtemps dans la rue, ou par intermittence ; ils viennent d'en avoir un, mais ce n'est pas sûr qu'ils puissent le garder ; ils en ont un, mais sont en train de se faire expulser.

c. La personne est sectorisée :

Si l'EMPP sait que la personne est sectorisée, elle aura plus facilement tendance à penser le passage de relais sur son secteur, sauf cas de conflit majeur entre l'usager et son secteur et tout en gardant à l'esprit que ce n'est pas parce que la personne a été sectorisée un jour qu'il faut toujours et systématiquement la renvoyer à la psychiatrie. D'ailleurs, il est important de préciser que toute personne sectorisée ne présente pas forcément des troubles psychiques. Ainsi, cette information n'est ni nécessaire ni suffisante pour que l'équipe pense au passage du relais en douceur. En effet, malgré l'importance attribuée par l'EMPP à l'information relative à la sectorisation d'une personne - lorsqu'il s'agit de penser la suite de la prise en charge et notamment du passage de relais -, il est intéressant de remarquer que cette

information est inconnue des intervenants EMPP pour 77% des personnes de la file active<sup>1</sup> (selon le rapport d'activité 2006). Ceci peut s'expliquer par plusieurs raisons : lorsque les intervenants rencontrent une personne, d'une part ils ne cherchent pas systématiquement, et surtout pas d'emblée, à savoir si elle est sectorisée ; aussi, grand nombre des personnes de la file active ont été rencontrées une ou deux fois et, en si peu de temps, les intervenants n'ont pas forcément l'occasion de poser la question ou d'obtenir une réponse à ce sujet. D'autre part, s'ils cherchent à l'obtenir, ils n'y arrivent pas toujours, car souvent les personnes ne tiennent pas à ce que l'on connaisse leur passé, voire leur présent, psychiatrique. Mais il arrive que les personnes présentent des comportements considérés comme des symptômes de pathologies psychiatriques et que les intervenants ne cherchent pas à savoir si la personne est ou non sectorisée, même lorsqu'il est question d'une décision concernant ces prises en charge. Quoi qu'il en soit, la connaissance de l'attribution d'un secteur à la personne facilite la prise de décision, comme nous l'avons vu dans la situation de Monsieur Paul (p.262).

En revanche, si la personne n'est pas sectorisée, cela freine l'idée de passer le relais du fait d'une incertitude sur le rapport coût-bénéfice de la démarche. En effet, lorsqu'une personne arrive au CPOA pour être sectorisée, en vue d'une hospitalisation ou d'un suivi en CMP, il n'est pas possible de savoir au préalable quel secteur lui sera attribué. Ceci est problématique pour trois raisons principales, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 : d'abord, tous les secteurs n'ont pas la même politique concernant l'accueil et la prise en charge des personnes vivant dans les circuits de rue<sup>2</sup>. Ensuite, si la personne doit s'adresser à un secteur trop éloigné de son lieu de vie, elle n'ira très probablement pas à ses rendez-vous (J.P.Martin, 2000), compte tenu notamment de son autonomie (en termes de capacité à déplacer ou à se repérer dans le temps et dans l'espace, par exemple). Enfin, si ce passage de relais est effectué à partir d'une hospitalisation, il importe de considérer les avantages et les inconvénients de la démarche, notamment en fonction de la situation de la personne et du secteur qui lui est attribué (voir encadré ci-dessous). Ainsi, les intervenants EMPP de cette équipe peuvent préférer mieux préparer la personne pour ce début de passage de relais, de manière à augmenter les chances de réussite. Par exemple, attendre que la personne soit plus en

---

<sup>1</sup> File active : liste de personnes rencontrées par au moins un intervenant d'une équipe, en l'occurrence l'EMPP, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de chaque année. Pour rappel, cette EMPP a rencontré 308 personnes en 2005 et 361 en 2006, selon les rapports annuels d'activité.

<sup>2</sup> Par exemple, il arrive que certains secteurs refusent de prendre en charge les personnes vivant dans les circuits de rue ou qu'ils leur proposent un rendez-vous en CMP tout en sachant qu'elles ne viendront pas. Livia Velpy (2008) l'a également constaté.

demande ou en tout cas moins réticente, ou bien qu'elle soit dans un hébergement plus stable (LHSS, hôtel, CHRS, logement pérenne), ce qui l'aide à avoir des repères, et donc à aller à ses rendez-vous et à prendre ses médicaments régulièrement. Aussi l'EMPP sait-elle que ce moment de la sectorisation est un moment clé de l'accès aux soins, car une fois sectorisée, la personne ne peut plus s'adresser à un autre secteur pendant au moins cinq ans (voir chapitre 2). Autrement dit, si tout se passe bien, si la personne n'est pas ou ne se sent pas abandonnée ou rejetée ou méprisée, si elle est et se sent écoutée, accueillie, respectée lors des premiers contact avec l'équipe du CPOA puis du secteur qui lui a été attribué, le processus de passage de relais en douceur peut continuer<sup>1</sup>. Par contre, si ce n'est pas le cas, la poursuite du processus de passage de relais demandera un énorme travail auprès de la personne, pour *recréer une demande et faire accepter*<sup>2</sup>, ainsi qu'auprès de l'équipe relais. Mais parfois il n'est pas possible de faire ce travail, en fonction des positions de la personne et de l'équipe relais. Dans ce cas, le processus de passage de relais sera arrêté et il se peut que la prise en charge bascule vers une prise en charge *à part entière*.

L'encadré ci-dessous montre quelques aspects de la prise en charge, par les secteurs de psychiatrie, des personnes vivant dans les circuits de rue, en mettant en évidence les avantages et inconvénients d'un passage de relais vers un CMP ou vers l'hospitalisation à temps plein, en insistant particulièrement sur cette dernière alternative. Les intervenants de l'EMPP ont ces éléments en tête quand ils considèrent les cinq critères présentés dans ce chapitre en vue de décider de passer le relais d'une prise en charge.

---

<sup>1</sup> Voir I. Parizot (2003) concernant ce que les usagers valorisent dans le contact avec les soignants et les structures de soins gratuits.

<sup>2</sup> Si les personnes étaient réticentes à aller vers les institutions en général et vers les structures de soins en particulier, ce n'est pas ce type de mauvaise expérience qui les rendra plus disponibles à une nouvelle tentative. Sur les raisons du faible recours aux institutions des personnes vivant dans les circuits de rue, voir par exemple V. Girard (2003).

## Encadré 2 : Les inconvénients d'une hospitalisation pour les personnes vivant dans les circuits de rue

La question de l'hospitalisation psychiatrique des personnes vivant dans les circuits de rue prend une place importante dans les discussions autour du passage de relais. Tout d'abord parce que l'EMPP ne dispose pas de lits d'hospitalisation et que lorsqu'une telle indication est posée, le passage de relais est nécessairement évoqué, tandis que les indications de consultation peuvent objectivement être assurées par l'EMPP. De plus, l'hospitalisation peut être considérée comme la manière privilégiée d'amorcer la prise en charge, par un secteur de psychiatrie, des personnes vivant dans les circuits de rue (accrocher). De ce point de vue, l'accès et le maintien dans les soins se feraient de manière optimale à partir d'un passage de relais vers une structure d'hospitalisation, plutôt que vers un CMP. Ce n'est pas la position affichée de l'EMPP concernée par cette étude, mais cela est présent dans la littérature (H. Kerneis et al., 1998) et sur le terrain, comme l'attestent les entretiens auprès du personnel des secteurs de psychiatrie. C'est ce qu'explique Ghislaine, assistante sociale d'un secteur de psychiatrie, qui y exerce depuis 22 ans :

*« Moi, c'est vrai que je trouve que c'est plus facile pour un patient, surtout s'il est en errance depuis plusieurs années, se poser pendant un mois, faire le point, on voit bien que ça avance doucement et l'hospitalisation est très utile. J'ai plutôt l'expérience d'un travail avec les SDF à partir de l'hôpital. Et je trouve que c'est... déjà pour amorcer une relation de confiance c'est... un contexte d'hospitalisation, un certain nursing, un contexte qui joue, on repère, nous qui faisons la continuité intra – extra, on les a vus à des moments où ils étaient au creux de la vague, pas besoin de leur rappeler, on le sait ça. Ces choses là, ça aide. »*

Selon ce point de vue, l'hospitalisation a l'avantage, par rapport aux soins en CMP, de permettre à la personne de se poser, de reprendre un certain rythme de vie dit « normal » qui lui redonne des repères temporels (par exemple, prendre trois repas par jour et à heure fixe) et surtout d'être en contact avec une équipe, ce qui favoriserait un lien non seulement avec celle-ci, mais aussi avec un lieu de soins, liens nécessaires à la poursuite de la prise en charge. Mais



cela peut, au contraire, être très déstabilisant pour la personne<sup>1</sup> et favoriser la perte des repères qu'elle avait à l'extérieur, ce qui la fragiliserait davantage pour retourner dans la rue à la fin de l'hospitalisation. Cette psychiatre qui a une longue expérience dans les secteurs de psychiatrie parle des éléments qui entrent en ligne de compte pour penser le temps de l'hospitalisation en rapport avec ce qui s'y passe. Elle montre l'intérêt de l'hospitalisation, pour cette population en particulier, mais aussi le risque que cela peut représenter :

*« Je pense que les envoyer comme ça (au CMP), c'est un temps très court pour que le contact soit vraiment pris. Venir en consultation, c'est une démarche compliquée. C'est pour des gens qui ont été hospitalisés et qu'on continue de suivre. Je pense qu'il faut un temps un peu plus long que « bonjour monsieur, qu'est-ce qui se passe ? ». Même si on prend le temps, ça ne tient pas. Par contre, quand ils ont passé un temps ici (à l'hôpital), je vous dit souvent au bout de deux ou trois hospitalisations, c'est pas quelque chose d'immédiat. Mais je suis (en CMP) des gens qui sont à la rue, voilà. Mais pas tous, tous ne viennent pas, évidemment. Certains arrivent à venir, parce qu'ils nous ont repérés. (...)*

*D'un point de vue médical, on va se poser les mêmes questions que pour tout autre patient, au moins au départ. Ensuite et relativement rapidement va se poser la question de l'après hospitalisation, qu'est-ce qu'il va pouvoir devenir. Donc c'est là aussi qu'on avait l'impression que le cycle dans la rue n'était pas terminé, que c'était ce qu'ils voulaient... vouloir c'est peut-être pas le terme, mais en tout cas c'était ce qu'ils demandaient, que là il fallait les garder le temps suffisant pour que la pathologie pour laquelle ils étaient hospitalisés soit un peu moins aiguë, pas trop longtemps pour pas qu'ils perdent les défenses nécessaires pour vivre dans la rue. Donc là, pour la sortie, quand la sortie va se faire dans la rue, le traitement type et l'importance des médicaments sont différents : il ne faut pas qu'ils dorment profondément et qu'ils ne puissent pas se réveiller... on va donner moins de médicaments qu'aux autres, on va essayer de pas les garder trop longtemps, pour qu'ils ne perdent pas tous les moyens de défense qu'ils ont pu... C'est-à-dire qu'on a peu à peu admis que certains pouvaient retourner dans la rue. Ça c'était, en tout cas, moi arrivant dans le service de me dire... l'impression qu'il fallait les en sortir. Peut-être pas ou pas tout de suite ou peut-être que le chemin n'est pas encore fait, mais quand ils ont des pathologies... Donc, si on aboutit à cette idée, les soins sont différents que pour quelqu'un qui va retourner dans*

---

<sup>1</sup> Voir à ce sujet J. Damon (2002).

*un milieu moins dangereux, plus facile. En demandant une présence et une attention de tout le temps. Moi, je trouve que ça a été une difficulté, se rendre compte de ça.*

*AM : Et pour la sortie, la particularité que vous décrivez là, est-ce qu'il y a aussi d'autres particularités par rapport à la mise en place d'un suivi à l'extra, mettre en place un traitement retard... ?*

*Traitement retard, ça c'est le chef de service qui l'a dit, qu'il ne le souhaitait pas, parce qu'il faut plutôt nouer un contact, qui se fait petit à petit que de se baser sur un traitement retard qui nous laisse tranquille pendant un mois ou presque. C'est plutôt une prise de médicaments régulière, avec un passage régulier au CMP. Quelque chose plutôt basée sur un contact, sur une acceptation du traitement, sur une alliance avec la personne plus que sur le traitement retard, qui pouvait nous donner une fausse sécurité et plus difficilement adapté aux conditions et aux difficultés que la personne rencontre. Donc a priori, on fait relativement peu de traitement retard aux gens qui repartent dans la rue.*

*AM : Est-ce que les gens qui partent d'ici arrivent à nouer avec le CMP, ceux qui, comme vous dites, pour le moment demandent à être dans la rue ?*

*Ça dépend, ça dépend, il me semble qu'il y en a avec lesquels on arrive au bout de deux ou trois hospitalisations... il faut, il faut... ce qui est intéressant c'est quand on revoit les gens, qui nous reconnaissent, qu'il y a là une histoire qui peut se tisser.*

*AM : Cette notion de deux, trois hospitalisations est très intéressante pour moi, parce que parfois les gens ont l'impression qu'une fois que la personne est hospitalisée, ça règle le problème.*

*C'est très important de ne pas vouloir faire les choses trop vite, de s'apercevoir de nos limites, on ne règle pas les problèmes des gens qui sont à la rue, qui ont des pathologies et des histoires épouvantables, qui datent souvent de leur toute petite enfance, qui sont très longs, qui sont à répétition, de violence, de brutalité, tout ça ne peut pas se régler comme ça. Donc il faut une confiance, il faut travailler un lien et peut-être encore plus pour ceux qui sont à la rue, parce que c'est très lourd. Ça met du temps, ça met du temps. C'est comme ça,*

*ça peut pas être une nouvelle brutalité. Même pour le bien des gens. (...) Prendre contact. On ne peut pas régler les problèmes comme ça. Si la personne n'est pas consentante aux soins, c'est difficile de la garder contre sa volonté. Il y a des gens qu'on peut garder, parce qu'on a le cadre légal pour le faire et qu'on pense que ça va servir à quelque chose, c'est-à-dire que cette opposition fait partie des symptômes et va pouvoir être traitée. Il y a des gens que... c'est toute leur vie qu'il sont dans cette opposition. Ça, il n'y a pas de médicaments pour ça. Donc ce qui est important c'est qu'ils prennent contact (avec l'équipe, avec les lieux). Qu'ils retiennent deux ou trois visages, connaissent deux ou trois personnes. Et on espère qu'ils n'ont pas gardé, et c'est important, qu'ils n'en gardent pas un trop mauvais souvenir. Et que s'ils doivent revenir, ils vont se dire « tiens ! » et là on va pouvoir faire un lien entre les deux choses. Une histoire qui se tisse. C'est ça qui est important. On ne peut pas faire tout... faire l'impossible. On ne peut pas. C'est ce rôle qu'il faut qu'on limite. »*

Cette psychiatre explique à la fois l'importance de l'hospitalisation comme un moment privilégié pour tisser un lien avec l'équipe et commencer les soins (accrocher) et en même temps, elle le relativise : ce n'est probablement pas au cours d'une seule hospitalisation que cela va se faire, mais il en faut souvent plusieurs ; il faut également prendre en considération la désadaptation à son milieu qu'une hospitalisation peut provoquer chez l'utilisateur.

Les arguments présentés ici rejoignent en partie ceux qui étaient avancés par les pères de la politique de secteur, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, pour éviter tant que possible les hospitalisations et pour diminuer la durée de celles qui n'ont pas pu être évitées. Il s'agit, outre la stigmatisation provoquée par une hospitalisation, d'éviter que les personnes soient coupées de leur environnement social. Avec la nuance que, après l'hospitalisation, ceux qui ont un domicile retournent à leur domicile, alors que ceux qui n'en ont pas, retournent dans les circuits de rue, et pas forcément sur leur site habituel. Ces remarques concernent plus particulièrement et proportionnellement les personnes qui sont le plus installées dans la rue et qui ont le moins recours aux institutions, notamment aux centres d'hébergement. D'ailleurs, ces remarques permettent également de penser les inconvénients pour une personne installée à la rue d'aller en centre d'hébergement d'urgence. Ainsi, quand la personne retourne dans la rue après une hospitalisation plus ou moins longue, elle a souvent rompu un équilibre qu'elle avait réussi à établir : elle avait peut-être trouvé un endroit protégé du vent et de la pluie, à proximité d'une bouche de chaleur pour dormir ; elle avait peut-être un endroit favorable pour mendier. Ces sites ont probablement été pris par quelqu'un d'autre pendant son absence.

Comme elle ne peut plus s'y installer, elle perd aussi le contact qu'elle a éventuellement pu établir avec quelques riverains qui lui donnaient régulièrement à manger, avec qui elle pouvait échanger quelques mots<sup>1</sup>. Et si elle avait rassemblé quelques affaires, elles ont probablement été évacuées ou volées pendant son absence. Et tout cela pour quelques jours ou quelques semaines d'hospitalisation qui ne représentent pas toujours un vrai gain en termes de soins (surtout si l'on considère l'hospitalisation seule, sans penser qu'elle constitue un élément d'une histoire). Sachant que cette personne n'ira que très rarement continuer sa prise en charge au CMP, l'éventuelle amélioration de son état psychique ne durera que quelques jours<sup>2</sup> et ensuite elle sera dans le même état psychique qu'avant l'hospitalisation, mais sans ses repères, sans le petit monde qu'elle avait pu organiser pour elle et qui, d'une certaine manière, la protégeait physiquement et psychiquement.

Il arrive que, pendant le temps d'hospitalisation, les assistantes sociales<sup>3</sup> de l'équipe du secteur psychiatrique cherchent une solution de logement pour la personne hospitalisée, comme elles cherchent pour les autres personnes suivies dans le secteur et qui n'étaient pas sans-domicile au début de la prise en charge<sup>4</sup>. Marie (assistante sociale, 35 ans, 7 ans en secteur de psychiatrie) explique que la recherche d'un logement pour une personne qui vient de la rue passe après les démarches d'ouverture des droits à la sécurité sociale et l'obtention de ressources (RMI, AAH<sup>5</sup>, par exemple), d'autant plus que le logement est plus difficile à obtenir que les deux autres droits :

*« Nous, à l'hôpital, on s'occupe en priorité du droit à la sécurité sociale, parce que le service des admissions va ensuite nous demander des comptes : « cette personne est sans sécurité sociale, qu'est-ce que vous avez fait ? » Donc on essaye, si possible de les rétablir, mais si on n'a pas pu, on va pas nous le reprocher non plus, au moins on aura essayé. Donc la sécurité sociale, déjà, première chose, puis deuxièmement, les ressources et le logement. Alors on essaye d'avancer au moins sur un des deux points, ou sur les deux. Trouver un logement en ce*

---

<sup>1</sup> A propos des contacts entre les malades mentaux sans domicile et les personnes du quartier, voir A. Lovell (1996a).

<sup>2</sup> L'effet de certains médicaments psychiatriques continue pendant quelques jours ou quelques semaines après la dernière prise, notamment ceux sous la forme « retard ».

<sup>3</sup> Je me permets d'utiliser le féminin vu le nombre infime d'hommes dans ce métier.

<sup>4</sup> Par exemple, des personnes qui vivent chez leurs parents, mais pour qui cette situation ne peut plus durer ; des personnes en fin de bail ; des personnes qui ont été expulsées de leur logement. Par leur maladie et par leur faible revenu, entre autres critères, ces personnes ont plus de difficultés à retrouver un logement.

<sup>5</sup> AAH : Allocation pour Adulte Handicapé.

*moment, c'est très difficile, même en (hébergement d') urgence, donc on essaye de rétablir au maximum les ressources. »*

Seulement les soins médicamenteux aboutissent plus rapidement que les démarches sociales à un résultat satisfaisant, et souvent, la personne est déclarée sortante avant qu'une solution de logement soit trouvée, si elle a été recherchée. Il arrive que la personne ne reste pas suffisamment longtemps hospitalisée pour que les démarches aboutissent soit parce qu'elle décide de partir, soit parce que le service estime qu'il n'est pas utile/nécessaire de la garder plus longtemps. Il arrive que la personne reste hospitalisée plus que le temps nécessaire aux soins, en attendant qu'une solution d'hébergement/logement soit trouvée, mais cela reste rare. En tout état de cause, étant donné la pénurie générale de places dans le parc de logement/hébergement social, il est rare que la personne qui était en situation de rue au moment de son hospitalisation sorte avec un logement<sup>1</sup>.

Sue Estroff (1998), dans son ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion, a étudié la situation des personnes suivies par un service de psychiatrie (le PACT), notamment par rapport au logement. Il s'agissait de personnes ayant des troubles assez graves, dont 67% schizophrènes, qui ont des difficultés de réinsertion. Malgré les mises en garde de l'auteur quant à la généralisation de son travail même à l'intérieur des Etats-Unis, certaines de ses descriptions ressemblent de façon frappante à ce que j'ai rencontré sur mon terrain parisien : elle montre, par exemple, comment les difficultés sociales et économiques des usagers de ce service font qu'ils ont du mal à trouver et à garder un logement. Elle décrit les différents types de logement occupés par les usagers du PACT : les hébergements d'urgence, les hôtels bon marché, les foyers type CHRS et les appartements sociaux. Elle montre les réticences de la directrice d'un de ces foyers à attribuer une place à une personne « psy ». Elle la cite : « *Un médecin a appelé ce matin et il voulait une chambre pour une fille tout de suite. Je lui ai demandé s'il appelait du secteur psy et quand il a dit oui, je lui ai dit que je ne pouvais pas en prendre plus pour l'instant. J'ai des responsabilités vis-à-vis des autres résidents, vous savez* » (p. 99) . Ce type de situation est décrit par toutes les assistantes sociales que j'ai rencontrées, des équipes mobiles ou des secteurs, et même certaines

---

<sup>1</sup> Ceci est un exemple pratique qu'on peut opposer à la critique selon laquelle s'il y a des fous dans la rue, c'est que la psychiatrie a fermé ses lits d'hospitalisation. C'est-à-dire que souvent, quand on voit un malade mental dans la rue, on pense que c'est par manque de soins, et l'on pense plus rarement que cela peut être dû au manque de logement. J'ai présenté dans l'introduction de cette thèse quelques études à ce sujet.

structures sociales admettent effectuer ce type de sélection. Selon Sue Estroff, les problèmes sont plus particulièrement liés au peu de soin ménager et aux comportements bizarres de cette population, ce qui provoque des expulsions fréquentes. Elle parle par exemple des « problèmes avec les propriétaires qui ne tenaient guère à avoir ces gens-là pour locataires » (p.96), même si certains autres propriétaires louaient plus facilement, du fait de leur habitude de travailler avec cette population et les structures qui s'en occupent. Car certains services de psychiatrie sont en contact avec quelques structures pouvant loger les patients, structures qui finissent par avoir une bonne partie de leur résidents ainsi recrutés. Et ces services y interviennent, si besoin. Ceci est également observé en France, où un certain nombre de secteurs de psychiatrie ont des partenariats plus ou moins formalisés avec des structures d'hébergement ou de logement social. Sue Estroff montre comment, malgré les critiques qu'ils adressaient à ce foyer, les patients répugnaient à le quitter, de par sa localisation dans le centre-ville, la faible participation financière et la possibilité d'être en contact avec d'autres personnes. Je retrouve, dans la population concernée par mon étude, cette même peur de la solitude et cet attachement à vivre à Paris, plutôt qu'en banlieue où des solutions d'hébergement leur sont parfois et de plus en plus proposées. Tout ceci met en évidence qu'il est effectivement très difficile de régler les problèmes de logement de personnes qui ont de faibles ressources et des problèmes psychiatriques, ce qui fait que, surtout si elles arrivent de la rue, elles y retournent bien souvent.

Ainsi, une fois de retour aux circuits de rue, la personne ne continuera probablement pas sa prise en charge au CMP<sup>1</sup> car il se situe peut-être très loin du territoire où elle a l'habitude de vivre ou peut-être elle ne connaît pas le chemin ou elle n'arrive pas à s'organiser de façon à être à l'heure les rendez-vous ou elle manque tout simplement de motivation pour y aller. Organisation et motivation qui, chez les personnes ayant un domicile, sont souvent soutenues par l'entourage (familial, par exemple) ou éventuellement par des visites à domicile organisées par l'équipe du secteur psychiatrique, mais qui font défaut chez la personne en situation de rue.

Dans ce contexte, pour l'EMPP, le fait d'évoquer une hospitalisation pose d'emblée la question de l'après hospitalisation, avant même de penser aux moyens de mise en place de celle-ci. Car même si tout se passe bien, ce qui n'est déjà pas simple –si la personne est

---

<sup>1</sup>Ce point a été évoqué dans le chapitre 2.

d'accord pour l'hospitalisation, si le CPOA est d'accord pour l'envoyer à l'hôpital, si le secteur est d'accord pour la soigner et si la personne reste à l'hôpital le temps nécessaire – si l'EMPP estime qu'à la sortie la personne perd plus qu'elle ne gagne, elle sera assez réticente à proposer un passage de relais construit à partir d'une hospitalisation. Elle le serait certainement moins si elle pouvait espérer que cette personne puisse trouver un logement, qu'elle puisse bénéficier d'une prise en charge psychiatrique et sociale adaptée à sa sortie, ce qui représenterait une possibilité de stabilisation à un autre niveau et non pas un retour à la case départ, voire une aggravation des conditions générales de vie de cette personne. Par contre, les passages de relais construits à partir d'un CMP ne présentent pas ce type de risque et le travail de l'EMPP peut justement pallier les difficultés exposées plus haut par la psychiatre (difficulté pour la personne de s'y rendre toute seule et de créer un lien avec l'équipe de secteur avec si peu de temps de contact), comme nous allons le voir dans la section suivante.

d. L'autonomie<sup>1</sup> de la personne et les chances d'obtenir son adhésion à la proposition :

Si l'EMPP estime que la personne a une certaine conscience de ses troubles, qu'elle est ou serait capable d'accepter, voire qu'elle demande la (re)prise de contact avec un service de psychiatrie, de se déplacer ne fût-ce qu'accompagnée, l'équipe aura tendance à évoquer le passage de relais. Je pense aux personnes rencontrées en centre d'hébergement et qui sont orientées au CPOA ou vers leur secteur dès le premier entretien, des personnes qui disent souffrir ou être dérangées par certaines « choses » que l'intervenant, ou parfois la personne elle-même, identifie comme des symptômes de troubles psychiatriques. Les intervenants de l'EMPP estiment que celles-ci peuvent être orientées directement vers leur secteur, si elles

---

<sup>1</sup> Le terme autonomie doit être utilisé avec précaution, non seulement parce qu'il est polysémique, mais aussi par sa relativité : autonome dans quel contexte ? Ainsi, les intervenants parlent souvent d'améliorer l'autonomie des personnes pour qui elles interviennent, autonomie leur permettant de faire leurs démarches, d'aller aux rendez-vous, d'être propres, de manger correctement, de respecter les normes, etc : autonomes pour être dans le monde des « inclus ». Par contre, force est de constater que les personnes vivant dans les circuits de rue sont souvent très autonomes pour s'adapter au contexte de vie qui est le leur (trouver à manger, à boire, se protéger du froid, etc), peut-être en proportion de leur manque d'autonomie pour vivre dans le contexte des personnes dites insérées. Plusieurs travaux autour de l'autonomie ont vu le jour ces dernières années. Pour n'en citer que quelques-uns, voir par exemple les travaux de Benoît Eyraud (2006) dans le domaine du handicap ; de Matthieu Elgard (thèse en cours) dans le domaine de l'Alzheimer ; de Delphine Moreau (2006) dans le domaine des hospitalisations sous contrainte en psychiatrie ; de Sandra Jacqueline (2006) à propos des différentes conceptions qu'en ont les professionnels de la psychiatrie, en fonction de leur orientation psychanalytique ou psychopharmacologique. J'utilise ici la notion autonomie dans un sens faible, comme capacité à s'autodéterminer (prendre des décisions pour soi) et comme capacité à se débrouiller.

sont sectorisées, ou au CPOA, d'autant plus qu'elles acceptent facilement l'orientation et sont souvent capables de s'y rendre d'elles-mêmes. En revanche, il arrive que l'équipe identifie des troubles psychiques graves chez une personne et, malgré cela, l'idée du passage du relais n'est même pas évoquée en équipe et encore moins avec la personne, car celle-ci montre très clairement ne vouloir de contact avec aucune institution, ne pas être disposée à sortir de son site, même pour prendre un repas (voir la situation de Ginette, p. 184 et p. 353). Aussi les intervenants estiment que la simple proposition pourrait la vexer ou lui faire perdre la confiance en l'équipe et faire défection (A. Hirschman, 1995). Ce type de questionnement pour décider du déclenchement du passage de relais a été exposé par Raul, infirmier de l'EMPP :

*« Le problème est que les gens qu'on a dans la rue, ils sont trop fous pour être dehors et pas assez pour être hospitalisés. Les gens comme Isabelle, pour moi je ne sais même pas si elle est malade ou handicapée. Si c'est un truc évolutif ou chronique, je n'en sais rien. Si j'arrive demain avec Isabelle au CPOA, je ne sais pas ce qui va se passer, j'avoue que je n'en sais rien du tout. Maintenant je n'ai pas envie de l'amener au CPOA parce que pour moi, elle ne relève pas d'une hospitalisation, même si elle a besoin de soins, c'est clair. Si elle est sectorisée demain, elle n'ira jamais au CMP. Et à chaque fois qu'il faudra l'accompagner au CMP, il faudra se battre avec elle. Donc c'est en ça que je dis qu'elle est pas mûre. Il y a des gens... quel exemple je peux te donner... Jacques Guillon, je ne sais pas si tu l'as connu, si tu en a entendu parler, c'est un monsieur qu'on a fait sectoriser, qu'on a accompagné au CMP trois fois et après il allait au CMP tout seul. Et qui était un schizo, un vrai psychotique. Il avance au fur et à mesure et puis il allait au CMP. Tu prends des gens comme... Bd Magenta..., j'ai oublié son nom, c'est pareil. Il y a des gens qui adhèrent aux soins et là tu sais que tu peux les amener, les faire sectoriser et ils vont aller sur le CMP ou se faire hospitaliser quand ils auront besoin. »*

On voit bien, dans cet extrait, comment l'hypothèse de l'adhésion de la personne à l'idée d'aller au CMP est un critère pour décider d'entamer le processus de passage de relais, ainsi que l'autonomie de la personne pour poursuivre ses soins par elle-même.



#### e. La méfiance de l'EMPP vis-à-vis de l'engagement des autres intervenants

Si les quatre critères précédents tenaient à la situation de la personne, ce dernier concerne les rapports entre l'EMPP, les partenaires et les usagers. Cette méfiance peut être considérée comme un effet d'apprentissage qui joue aussi bien sur la décision de commencer le passage de relais que sur la décision de clôturer ce processus par le retrait de l'EMPP. C'est comme si, pour chaque intervenant, tous les autres ou presque ne faisaient pas bien ou pas suffisamment bien leur travail. Le rôle de l'intervenant de l'EMPP (et partant de cette équipe) est, dans cette optique, de rester toujours présent dans la prise en charge pour pallier les défaillances (effectives ou supposées, volontaires ou par manque de moyens) des autres intervenants (voir ci-dessous l'exemple de la prise en charge de M. Voyer). C'est l'une des expressions de la difficulté d'articulation entre le sanitaire et le social, mais c'est aussi présent entre les équipes d'une même structure ou, plus rarement, entre les intervenants d'une même équipe. Ainsi, le fait que les intervenants de l'EMPP n'ont pas toujours la certitude de l'engagement des équipes du droit commun dans la prise en charge des personnes vivant dans les circuits de rue est un élément contribuant à ce que l'EMPP hésite à passer le relais et se propose de garantir elle-même le suivi de personnes, tel un CMP mobile (prise en charge à *part entière*). A ce sujet, Raul décrit en entretien deux réalités contrastées, celle dans laquelle le service de psychiatrie a pu mettre en place une prise en charge adaptée à la personne qui a ainsi pu être logée et maintenue dans les soins, puis l'autre réalité rencontrée sur le terrain, celle des services qui ne s'engagent que très difficilement dans ce type de prise en charge :

*« On a les deux exemples, d'un côté t'as une équipe qui prend en charge la plus grande clocharde des clochardes qu'on connaisse, Elisabeth, qui actuellement va à l'hôpital de jour, va au CMP, va au CATTP, est en hospitalisation séquentielle le week-end quand elle en a besoin, va voir sa psychiatre au CMP une fois par mois et puis de l'autre côté t'as des gens qui sont hospitalisés une semaine et qui sont foutus dehors sans rendez-vous au CMP. C'est des gens que tu connais, en plus, moi, je connais, mais le problème c'est qu'ils sont sectorisés chez le Dr Machin. Qu'est-ce que tu veux ? Connaissant le chef de service pour avoir travaillé avec elle pendant des années, connaissant la politique des équipes de ce secteur, enfin, le non souhait des équipes de ce secteur. Le meilleur exemple c'est quand on a commencé à prendre en charge Patrick qui était au numéro 52 d'une rue, le CMP est au 63 de la même rue ; il suffisait d'ouvrir la fenêtre du Centre*

*d'Accueil et de Crise pour le voir, savoir s'il allait bien et qu'on nous répond : 'il n'est pas de notre secteur...' T'as tout compris. Je veux bien me battre contre des moulins à vent, mais là, non. Sauf que c'est embêtant pour les gens. Et là on est obligé de faire à la place du secteur, ce qui est pas normal. Sauf que si on veut que les gens soient soignés et aillent bien... enfin, aillent bien, vivent le mieux qu'ils puissent dans les conditions qu'ils ont et avec leur pathologie, il faut qu'on se substitue au secteur et ça c'est par défaut et ça c'est pas normal. Si on veut que ça marche il faut le faire, mais c'est pas normal. Mais on n'a pas le choix. Enfin, moi, je ne me donne pas le choix, je me dis qu'il vaut mieux aller voir les gens... »*

Cette décision d'accepter de mettre en place une prise en charge *à part entière*, par défaut, apparaît sous la forme d'un souci du bien-être de l'usager, d'éviter qu'il fasse les frais des problèmes des équipes, de lui épargner de se lancer dans un processus qui risque de coûter plus qu'il ne rapportera. Cependant, les EMPP ne disposent pas de lits d'hospitalisation et lorsqu'une telle nécessité se fait sentir, ces équipes mobiles sont obligées de penser le contact avec les équipes de secteur psychiatrique, ce qui peut induire le début du passage de relais et qui évite à l'EMPP de rester dans une prise en charge sur le mode *à part entière*, jugé anormal ou illégitime.

Les cinq critères exposés ci-dessus s'articulent dans une espèce d'effet cumulatif pour légitimer ou non la décision de passer le relais en douceur ou de ne pas le faire. Aucun d'entre eux pris isolément ne permet de légitimer cette décision, ni dans un sens, ni dans l'autre. Il importe de préciser que la décision de passer le relais en douceur n'est pas forcément prise une fois pour toutes, de manière formalisée ou catégorique. Au contraire, il est difficile de saisir le(s) moment(s) de la prise de décision, car il s'agit souvent d'un processus très diffus, composé de séquences qui n'ont pas l'air de faire partie de la chaîne de décision et qui peuvent se dérouler dans un laps de temps très variable. Par exemple, l'intervenant apprend que l'usager a un domicile ou est sectorisé mais cela ne le fait pas forcément penser au passage de relais. Parfois, l'intervenant y pense depuis un moment, sans en parler puis, un jour, il en évoque la possibilité auprès d'un autre intervenant, mais sans donner suite. Et après quelques semaines, cela lui revient à l'esprit, à partir d'une situation quelconque : un contact avec un CMP pour un autre usager, un changement dans le contexte de l'usager en question, une sollicitation par un partenaire. L'intervenant en parle donc à la personne et/ou aux

partenaires et, s'il sent que la personne fait marche arrière, il peut interrompre le processus, le reprendre plus tard éventuellement. Ainsi, il arrive souvent que ce soit progressivement, voire insensiblement, que les aspects favorables et défavorables à un passage de relais sont pesés et que la décision prend forme.

Que la décision soit prise à un moment précis ou progressivement, il s'agira ensuite de savoir comment mettre en route le processus de passage de relais. C'est alors que se posent concrètement les questions d'articulation entre les acteurs, l'arrivée de nouveaux intervenants déclenchant un nouveau partage des pouvoirs et une nouvelle distribution de la légitimité de chacun à intervenir ou pas sur tel ou tel aspect de la prise en charge.

## **2. La mise en route du passage de relais**

En général, pour mettre en route le passage de relais, l'intervenant ou les intervenants de l'EMPP commencent par en parler à la personne, aux partenaires du social et/ou aux partenaires du secteur, pas forcément dans cet ordre et pas forcément à tous ces acteurs. A la personne et à l'équipe partenaire, il présente l'orientation proposée, par exemple prendre contact avec le CMP, l'intérêt de cette orientation, ce qui peut en suivre et éventuellement ce qui peut constituer l'objet d'un travail, auprès de l'usager, *pour créer une demande ou faire accepter*. Nous avons vu l'exemple de M. Gaudin (p.254), qui raconte comment l'infirmier de l'EMPP a travaillé avec lui pour *créer une demande ou faire accepter* la mise en route du passage de relais vers le CMP. A l'équipe relais, il présente la situation de la personne et les raisons pour lesquelles il la lui oriente<sup>1</sup>. Ensuite, si la proposition d'orientation ne rencontre pas trop de résistance, soit l'intervenant suggère à la personne de se rendre à une structure de soins (CMP ou CPOA, notamment si elle n'est pas sectorisée) et, éventuellement, il téléphone à l'équipe relais pour faire la liaison, soit il propose que la personne soit accompagnée à l'une de ces deux structures et dans ce cas aussi, il peut éventuellement téléphoner pour prendre rendez-vous ou prévenir de son arrivée imminente<sup>2</sup>. Parfois, un accord peut être établi avec l'équipe relais pour que, dès que la personne accepte d'aller dans les locaux du secteur, l'équipe soit prête à la prendre en charge, même sans rendez-vous. Si la personne est en centre

---

<sup>1</sup> Le plus souvent, le médecin fait un courrier à l'intention du médecin du CPOA ou du secteur, éventuellement il lui téléphone. Les infirmiers font les liaisons par téléphone d'abord et, incidemment, personnellement.

<sup>2</sup> Nous en avons eu un exemple avec la situation de M. Paul (p.255).

d'hébergement, l'intervenant de l'EMPP proposera à l'équipe du centre de faire le nécessaire pour que la personne y reste, dans l'idée qu'il faut une certaine stabilité de l'hébergement pour que la personne puisse continuer ses démarches d'accès aux soins ; et aussi, comme nous l'avons vu antérieurement, pour que l'équipe qui a la personne en charge, notamment en LHSS, puisse continuer le travail pour *créer une demande ou faire accepter* les soins psychiatriques et puisse, également, l'aider à penser aux rendez-vous, à être à l'heure, à s'organiser pour y aller, voire pour l'accompagner. Cependant, ces accords entre les différentes équipes, comme entre celles-ci et l'usager, ne se font pas sans difficultés. Ainsi, il est possible de dégager deux thèmes autour desquels se produisent plus particulièrement les problèmes d'articulation entre les acteurs. D'une part, la définition de la présence de troubles psychiques et de la nécessité de soins ; d'autre part, la distribution des tâches, parmi les acteurs en présence. Il s'agit ici d'une nouvelle occasion de redistribution et de relégitimation des pouvoirs.

## 2.1 Les désaccords sur la présence de troubles psychiques et sur la nécessité de soins :

L'évaluation de l'EMPP peut être mise en cause pour ce qui est de la présence ou de l'absence de troubles, mais surtout de la nécessité de soins psychiatriques, et notamment la nécessité d'hospitalisation<sup>1</sup>. Cela apparaît dans des discussions pour faire la part des choses entre les troubles psychiques d'une part, et d'autre part les comportements violents, les caractéristiques induites par la vie dans la rue, les problèmes neurologiques, les problèmes de relations entre l'usager et l'équipe partenaire, les problèmes d'addiction, pour n'en citer que quelques exemples. Ainsi, il arrive que chaque acteur impliqué dans la situation ait un avis différent sur la présence de troubles, sur la nécessité de soins psychiatriques et donc sur la suite à donner à la prise en charge. A ce propos, une auxiliaire de vie (44 ans, travaillant depuis 6 ans à l'Institution Sociale Partenaire, dans deux LHSS successivement) me raconte la situation suivante :

*« On présente la personne au psy et pendant le temps de la consultation, la personne est impeccable, répond à tout, très gentille, très cohérente. Puis une fois*

---

<sup>1</sup> Ceci est à mettre en rapport avec ce qui été dit dans le chapitre 5, à propos des conceptions que les partenaires ont de leurs savoirs.

*dehors, elle pète un câble, devient agressive, etc. Nous, on vit avec les personnes 24h/24, on sait, on les connaît, il faudrait nous faire un peu confiance ».*

Ce type de discours, entendu dans plusieurs réunions et dans les entretiens, ressemble beaucoup à celui des parents de patients psychiatriques. Il fonde sa légitimité sur une plus grande connaissance de la réalité de la personne, à partir d'une plus grande proximité avec elle. Dans ce cas, les partenaires estiment que la présence d'un trouble et la nécessité de soins sont évidents alors que le psychiatre n'a pas pu l'établir. Il arrive, au contraire, que le psychiatre de l'EMPP pose un diagnostic, qui n'est pas accepté par les équipes sociales, ni par son confrère du secteur. C'est le cas de M. Leduc<sup>1</sup>, pris en charge par un LHSS et traité pour schizophrénie par le psychiatre de l'EMPP. Celui-ci estimait que le projet le plus adapté pour lui était que l'assistante sociale du LHSS lui trouve un logement (hôtel au mois, par exemple) pour qu'ensuite lui, le psychiatre, puisse le faire sectoriser et passer le relais à son confrère de secteur dans de bonnes conditions (logement stabilisé, secteur à proximité du lieu de domicile, etc.). Cependant, l'équipe du LHSS trouvait qu'en fait le seul problème de M. Leduc était qu'il avait un « gros poil dans la main » et qu'il n'y avait aucune raison qu'il reste dans cette structure. Comme la situation sociale n'avancait pas après des années de prise en charge, et après forte pression de l'équipe du LHSS, il a finalement été sectorisé en passant par le CPOA. L'équipe du LHSS pensait la sectorisation comme un passage de relais vers le secteur, comme un transfert de pouvoirs et non pas comme une nouvelle façon de les partager. Or, le psychiatre du secteur estimait que le problème de M. Leduc était son alcoolisme, que le projet pour lui était d'abord de le soigner sur cet aspect et donc il n'avait pas besoin de soins psychiatriques, en tout cas pas tant que ce problème de base n'était pas réglé. Il estimait qu'il revenait à l'équipe qui l'avait en charge, en l'occurrence celle de LHSS, de continuer à s'en occuper en attendant. Cependant, l'opinion de cette équipe était que cela revenait à l'équipe de secteur ou, à défaut, à l'EMPP. Cette dernière équipe considérait qu'au contraire, maintenant que le secteur était impliqué, elle devait commencer à se retirer, peut-être pas complètement dans un premier temps, mais qu'elle pouvait rester dans la prise en charge sur le mode *expertise* et que les équipes du secteur et du LHSS devaient se concerter entre elles pour préciser le rôle de chacune. Pour finir, c'est l'EMPP qui s'en est tout de même occupé, pour les accompagnements en alcoologie et pour l'installation dans un hôtel. Melissa, infirmière à l'EMPP, l'explique :

---

<sup>1</sup> La prise en charge de M. Richard Leduc a été évoquée précédemment (p. 184 et p. 265).

*« Avec lui on a levé le pied à partir du moment où il y avait le CMP dans le coup, parce que Laurence (assistante sociale de l'EMPP) avait trouvé un hôtel à 100m du CMP. Mais nous on a dû assurer ce que le CMP devait faire, à savoir des visites à domicile pour s'assurer qu'il mangeait, qu'il prenait son traitement, qu'il avait une vie à peu près correcte. Tout en ayant en tête que la prise en charge (par l'EMPP) allait s'arrêter... »*

Cette situation est exemplaire de l'ensemble du processus de passage de relais en douceur, depuis la décision, la mise en route, la tentative de retrait et dans ce cas précis, la rupture de prise en charge. Ce qui nous intéresse ici, c'est le désaccord sur la nature du problème (présence ou pas de troubles psychiques) et de la nécessité de soins. Mais le récit nous permet d'avancer un peu sur le problème du « qui fait quoi » et aussi sur la possibilité pour l'EMPP de se retirer de la prise en charge. Ce n'était pas l'EMPP qui a passé le relais, comme elle le souhaitait, c'est l'équipe du LHSS qui l'a fait, mais en même temps, l'équipe de secteur ne l'a pas pris ou pas complètement. Ainsi, faute de pouvoir passer le relais, Melissa et Laurence se sont davantage engagées dans un mode *passerelle*, mais très proche de la prise en charge à *part entière*, sauf par l'idée très présente du passage de relais. Cette situation montre, comme celle de Madame Dujardin (p. 217), non seulement que l'évaluation du trouble et de la nécessité de soins sont des points de désaccord, mais aussi que, en fonction de son point de vue sur ces aspects, la place de chaque acteur peut changer.

Comme nous l'avons vu, ces désaccords sur la nature du problème peuvent amener à différents types de refus de participer à la prise en charge. Il est des situations dans lesquelles l'intervenant de l'EMPP passe des semaines, voire des mois à convaincre la personne de prendre ou reprendre contact avec un (son) service de psychiatrie et lorsque enfin la personne est d'accord, le secteur refuse de la prendre en charge, avec l'argument que la personne n'a pas de troubles psychiques ou que ses troubles ne nécessitent pas de soins ou encore qu'il est inutile, voire impossible de la soigner. Ghislaine (assistante sociale d'un secteur de psychiatrie depuis 22 ans) raconte comment parfois l'aspect social des personnes (être SDF) prime sur l'aspect sanitaire (avoir une pathologie à soigner) et que, de ce fait, les équipes de

secteur peuvent interpréter la demande de soins comme une demande d'hébergement, demande qui n'est pas recevable pour une équipe de soins<sup>1</sup> :

*« Est-ce qu'il y a une réticence à prendre en charge ces personnes ? »*

*Bien sûr ! Oui ! L'équipe, sur l'hôpital, oui, c'est pas facile, en plus ce ne sont pas des personnes qui ont une pathologie apparente, quel type de problème et de réticence il peut y avoir... ? Le personnel a tendance à dire : « on fait de l'hébergement ». Effectivement, ça revient assez souvent qu'on fait de l'hébergement, alors que s'ils sont ici ce n'est pas uniquement parce qu'ils n'ont pas de logement. Il y a une pathologie. Le personnel peut dire effectivement « il joue la comédie ». C'est le vécu de l'équipe soignante, mais aussi de certains médecins qui disent : « c'est une hystérique, c'est... » ; on a quand même des évaluations un peu expéditives quand on n'a pas envie de s'occuper de quelqu'un... ils disent « celui-là n'est pas malade. Il est précaire, mais il n'est pas malade. » Tant qu'ils ne savent pas son histoire. Après, si on a le temps de creuser un peu les fractures dans leur itinéraire, graves même. »*

On voit bien, dans cet extrait, que le désaccord sur la présence d'un trouble et la nécessité de soins peut entraîner un refus de soins de la part de l'équipe. La personne se trouve alors dans une impasse car étant sectorisée, elle ne peut pas être soignée ailleurs : tous les autres secteurs auxquels elle s'adresserait la renverraient à son secteur, mais son secteur ne la prend pas en charge<sup>2</sup>. Ce refus peut être déclaré, mais il est souvent tacite<sup>3</sup> : par exemple, la personne est hospitalisée pendant quelques jours, parfois un ou deux, puis à sa sortie, sans ordonnance, avec ou parfois sans rendez-vous en CMP (ce qui revient souvent au même), elle doit « faire le 115 comme tout le monde ». C'est une manière de la prendre en charge sans la prendre en charge ou, autrement dit, de refuser sans refuser. Mélissa, infirmière à l'EMPP, raconte une situation exemplaire des rapports qu'elle avait avec les secteurs de psychiatrie qui refusaient

---

<sup>1</sup> A propos des désaccords au sein des équipes sur le bien fondé de la présence de certains patients dans les services, voir W. Araque (2004) et A. Ogien (1986).

<sup>2</sup> J'ai développé ce point dans le chapitre 2 et la situation inverse, celle des personnes qui ayant un domicile n'ont pas la possibilité de choisir l'équipe qui va la soigner, je l'ai développé dans la première partie de mon DEA (A. Marques, 2002)

<sup>3</sup> Livia Velpry (2006) l'a également constaté, dans son travail auprès des équipes de secteur psychiatrique.

de prendre les personnes en charge. Il s'agit ici d'un CMP, mais cela arrivait aussi avec des unités d'hospitalisation :

*« C'est vrai que moi, avec les CMP, je n'ai pas des super expériences, Ana. Moi, mon travail c'est surtout avec celui-là et le CMP du 18<sup>e</sup> pour Mlle Traoré, parce qu'avec Mlle Traoré j'ai eu toutes les peines du monde à faire en sorte qu'elle intègre le CMP parce que le CMP n'en voulait pas, carrément, il faut le dire.*

*AM : Il l'a exprimé comment ?*

*Il a exprimé ça en disant qu'ils la connaissaient par cœur, qu'elle avait été sectorisée chez eux il y avait 10 ans, que ça avait capoté, et comme c'était quelqu'un qui ne se rendait pas aux rendez-vous, qui s'y rendait de manière décalée, ils ne pouvaient pas assurer une prise en charge correcte avec une patiente qui était aussi démobilisée. Ça c'est la réponse : on ne peut pas, on ne peut pas. Sauf que maintenant, ils peuvent. Parce que entre-temps, j'ai repris des rendez-vous, on a remobilisé le médecin qui s'occupait d'elle, on a remobilisé l'AS, on a fait une synthèse en juin, où je suis allée avec la conseillère sociale du centre d'hébergement pour appuyer l'importance de la prise en charge par le CMP, l'importance de lui proposer des activités de jour, dans l'hôpital de jour ou dans le CATTP, parce qu'elle rentre dans les critères pour bénéficier de ces activités, c'est vrai, et il y aura une synthèse en septembre pour faire le bilan de l'été, mais ça c'est nouveau, je ne pensais pas qu'on y arriverait. Il faut travailler l'adhésion des deux côtés, il faut que les gens s'approprient le lieu, mais c'est des deux côtés, les gens s'approprient les lieux parce que les soignants adoptent le patient. Les CMP c'est comme un seul individu composé de membres, de corps, de bras, de la tête, mais qui fonctionne comme un individu, tu sais si tu as un CMP susceptible, si t'as un CMP accueillant, si t'as un CMP bienveillant, si t'as un CMP fermé... »*

Dans cet exemple, le désaccord portait non pas sur la présence d'un trouble psychique, mais sur l'utilité de l'accès aux soins, car le CMP estimait qu'il était impossible de soigner la personne en question et de ce fait, refusait de s'investir. Ce type de refus est souvent évoqué,



lors de réunions diverses, par d'autres EMPP à Paris et sur un plan national. L'explication que donnent les EMPP à cette réalité est qu'avec les listes d'attente pour un rendez-vous en CMP, avec le manque de personnel dans les services, avec la pression pour que les hospitalisations soient les plus courtes possible et pour que les secteurs aient un minimum de lits, on est dans un contexte de distribution de biens rares et les places sont données à ceux qui peuvent les rentabiliser le plus : ceux qui vont aller mieux le plus rapidement et le plus durablement. Les soignants se disent que ce n'est pas la peine d'investir dans la prise en charge d'un patient qui sera vite perdu de vue. Ou de garder un SDF à l'hôpital parce que de toute façon ses symptômes sont stabilisés au bout d'une semaine, quinze jours, après cela relève d'un autre type de travail qui ne vise pas les symptômes, mais le sujet, sur le plan clinique ainsi que sur le plan social. Comme ce travail se fait sur du long terme et que, du point de vue de l'hébergement/logement, il n'y a de place nulle part, encore moins pour ceux qui cumulent la folie et la rue, les assistantes sociales sont découragées pour chercher des solutions, alors que même pour les situations qui se présentent mieux<sup>1</sup>, ces solutions manquent. Et même pour les prendre en charge le temps de stabiliser les symptômes, on sait qu'une fois sortie de l'hospitalisation et de retour à la rue, la personne n'aura probablement plus son traitement, donc elle sera dans le même état psychique qu'avant l'hospitalisation, alors pourquoi investir sur une prise en charge pareille<sup>2</sup> ? Cette assistante sociale (27 ans, travaillant depuis 4 ans dans plusieurs structures d'un secteur de psychiatrie) expose son point de vue sur le rapport entre les difficultés de la prise en charge des personnes sans-domicile et le peu d'implication que cela suscite chez certains soignants :

*« AM : Comment se passe la prise en charge des personnes qui sont SDF ? Est-ce que ça pose des problèmes supplémentaires, est-ce que c'est comme pour les autres... ? »*

*Les personnes que j'ai suivies ici, ça complique la prise en charge bien souvent, parce qu'il n'y a pas d'hébergement fixe ; quand la personne est hébergée par le 115, il y a le changement du centre, le maintien du lien avec le soin n'est pas facile à garder, c'est souvent compliqué, de ce point de vue-là. Puis dans l'autre*

---

<sup>1</sup> Voir N. Dodier et A. Camus (1997) à propos des manières dont les urgences présentent les patients aux autres services de l'hôpital pour leur passer le relais des prises en charge.

<sup>2</sup> Toutes ces réflexions sont applicables, à quelques adaptations près, à ce qui se passe aux urgences des hôpitaux généraux : il arrive que les équipes laissent partir les personnes sans leur avoir prodigué les soins qu'elles auraient prodigués à des personnes ayant un domicile fixe.

*sens aussi, des personnes qu'on suit et qui malgré nos efforts se retrouvent sans domicile, c'est aussi compliqué et même pour trouver un hébergement d'urgence c'est difficile ; et à partir de là on peut carrément perdre la personne (...) Mais il y a des fortes résistances (de la part de l'équipe à travailler avec cette population), c'est que ça implique une surcharge de travail et qu'on soit, entre guillemets, envahi par ce type de demande. C'est ce type de crainte là qu'il y a, quand il y a ce type de rejet.*

*AM : Surcharge de travail, qu'est-ce que ça peut être ?*

*Côté infirmier... ça dépend, si c'est quelqu'un qui va prendre son traitement ici tous les jours, qui va peut-être passer du temps ici, ça va faire encore un patient à s'occuper ici dans la journée et sur le long terme. Ça peut être ça.*

*AM : Est-ce qu'il n'y a pas un peu du côté des équipes la position : à quoi bon de s'occuper des gens s'ils vont disparaître dans la nature ? Je me demandais si les équipes ne se disent pas ça ...*

*Il y a un peu de ça aussi, il ne faut pas faire des généralités, mais il est vrai qu'avec cette population il n'y a pas forcément de régularité, au niveau des rendez-vous et des passages donc c'est un peu fatigant aussi pour l'équipe. La personne décroche donc l'équipe a envie de décrocher aussi quelque part. Donc pourquoi s'investir alors que c'est une personne qui va être amenée à changer de lieu d'hébergement et ne sera plus régulière dans leurs rendez-vous, je pense qu'il y a aussi ce type de réflexion. (...) Ce sont des situations tellement intéressantes professionnellement, notamment pour essayer d'établir un partenariat avec les centres d'hébergement et les associations de la précarité. Après, le travail avec ces patients-là, ils sont plus compliqués de toute façon, de par leur situation sociale... mais c'est vrai que c'est très prenant aussi, on ne peut pas non plus... il faut se donner des limites, en prendre un petit peu, mais je ne pourrais pas me « spécialiser » dans ce type de situation parce que c'est lourd, il faut que (ouf !), c'est épuisant, angoissant. Il faut arriver à bien prendre du recul et pas trop en avoir aussi. (...)*

*AM : Est-ce qu'à l'hôpital le 115 peut être une porte de sortie : « monsieur, faites le 115 ».*

*Oui, oui. C'est quand même pour pas mal de personnes pour qui il y a une courte hospitalisation, on s'aperçoit assez vite qu'il y a une grosse problématique sociale et que... comme c'est une courte hospitalisation, entre guillemets on n'a pas le temps de bien... comment dire... de penser qu'on va pouvoir embrayer par la suite sur l'extra hospitalier un suivi et tout, donc la personne vient du Samu social, enfin, est SDF, il y a une hospitalisation qui ne va pas durer longtemps parce que au bout de quelques jours la personne va mieux, que l'équipe ne veut pas entre guillemets s'impliquer sur un suivi comme ça... la personne ne veut pas embrayer sur un suivi comme ça... donc là c'est la sortie... : faites le 115, le Samu social et puis voilà. Ça s'arrête là. »*

Ceci nous montre la difficulté des secteurs à prendre en charge cette population. On comprend pourquoi l'EMPP hésite à décider le passage de relais et préfère bien travailler auprès de l'usager pour *créer une demande ou faire accepter* avant de penser au passage de relais. Et pourquoi, de ce fait, elle est souvent en position de *passerelle*, plutôt que *d'expertise* : il est inutile de simplement envoyer la personne au CMP ou même en hospitalisation, si cet acte reste sans suite. Il est habituellement considéré qu'une personne a accédé aux soins dès lors qu'elle a pris contact avec un service de soins, mais là on voit à quel point cela ne suffit pas dans bien des cas, surtout pour les personnes ayant une longue histoire de vie dans les circuits de rue. Car, tendanciellement, plus la personne est vue comme un « SDF », moins les équipes psychiatriques prendront en charge les aspects pathologiques de sa problématique. Autrement dit, elle sera vue comme un « SDF » qui a des problèmes de logement et moins, voire pas du tout, comme un malade mental qui a besoin de traitements. Dans la mesure où l'équipe sera réticente à s'investir dans une prise en charge qui demande plus de travail et qui risque de présenter moins de résultats, ses désaccords sur le problème (social ou psychiatrique) et sur la solution à apporter peuvent prendre de l'ampleur et éventuellement provoquer un refus de soins de la part des équipes de secteur.

## 2.2 Les désaccords sur « qui fait quoi » :

Une fois que la décision de passer le relais est prise, la question se pose de savoir à qui revient telle ou telle démarche (prendre les rendez-vous, instruire les dossiers ou faire les accompagnements, par exemple) : à l'équipe partenaire qui a la personne en charge ou à l'EMPP ? Les désaccords sur « qui fait quoi » sont souvent induits par ceux sur la nature du problème et sur la solution à apporter, sur qui doit y participer et comment, comme nous l'avons vu dans la situation de Monsieur Leduc (p. 184, 265 et p.300) ou de Madame Dujardin (p.217) Ils apparaissent aussi en cas d'accord entre les acteurs sur la nature du problème, comme dans la situation de Mademoiselle Traoré (p.303) : les acteurs s'accordaient pour dire qu'elle avait besoin de soins, seulement ils n'étaient pas d'accord sur la suite à donner à la prise en charge et il a fallu beaucoup de travail de la part de l'infirmière de l'EMPP, pour que l'équipe de secteur considère que les conditions étaient réunies pour leur permettre de participer à sa prise en charge.

Si l'EMPP se positionne dans une perspective d'*expertise*, ce sera à l'équipe partenaire de faire les démarches, l'EMPP n'assurant que l'évaluation, l'orientation et éventuellement quelques liaisons. Si cette équipe se positionne en tant que *passerelle*, elle peut estimer que certaines démarches lui reviennent, alors que d'autres reviennent aux équipes partenaires. Par exemple, pour un accompagnement en CMP, si l'EMPP estime que c'est l'occasion de faire les liaisons nécessaires personnellement, de renforcer le partenariat avec l'équipe du secteur ou que la personne a besoin du soutien de l'intervenant en qui elle a confiance pour franchir ce pas, dans ces cas, elle fera l'accompagnement. Il s'agit d'interventions qui tiennent à ses compétences psychiatriques et qui donc renforcent sa spécialisation. Elle assume une position de *passerelle* pour augmenter les chances pour l'utilisateur d'accéder aux soins et pour elle de pouvoir passer le relais. Par contre, si c'est pour « faire le taxi », comme le disent les intervenants psy, juste pour assurer le transport, garantir que la personne ira bien à son rendez-vous et arrivera à l'heure, l'EMPP estime que l'accompagnement revient à l'équipe partenaire, que l'intervention d'une équipe psychiatrique est inutile<sup>1</sup>. Il s'agit d'éviter, dans la mesure du possible, certaines interventions qui renforceraient sa déspecialisation.

---

<sup>1</sup> Ces différends sur la fonction thérapeutique des accompagnements versus une fonction « taxi » étaient très présents dans deux autres terrains que j'ai effectué précédemment dans le cadre d'un DEA.

Dans son récit, Mélissa explique qu'elle a fait participer la conseillère sociale du centre d'hébergement aux réunions de synthèse avec l'équipe de secteur psychiatrique. Ceci a souvent pour but de permettre aux acteurs de se connaître, qu'ils se considèrent comme des interlocuteurs privilégiés, qu'ils puissent se soutenir et s'articuler entre eux et, par la suite, se passer de l'EMPP, ce qui permettrait à celle-ci de se mettre en position *d'expertise* puis de se retirer de la prise en charge. Mais il se trouve que parfois, l'équipe partenaire ne voit pas la situation de la même façon et estime que sa présence n'est pas nécessaire, que c'est à l'EMPP de participer aux synthèses ou de faire les accompagnements<sup>1</sup>. Ceci est une manière de renforcer le rôle de *passerelle* de l'EMPP.

Les deux points de désaccord qui viennent d'être discutés – sur la présence de troubles psychiques et la nécessité de soins, d'une part, et sur l'attribution des tâches, d'autre part – sont d'autant plus importants à comprendre et à régler que le travail autour d'une situation avec des composantes sociales et psychiatriques complexes met les acteurs dans une certaine dépendance les uns par rapport aux autres, car aucun acteur n'arrivera seul à mener à bien une telle prise en charge. Par exemple, si l'équipe sociale ou médico-sociale pense absolument que l'usager est malade au point de devoir être hospitalisé en psychiatrie, elle peut ne plus l'héberger et, la personne étant à la rue, le travail de l'EMPP pour favoriser l'accès aux soins devient infiniment plus compliqué. D'autre part, si la prise en charge sociale est assurée mais pas la psychiatrique, les troubles de l'usager peuvent empêcher qu'il avance dans ses démarches sociales. Dans un cas comme dans l'autre, autant la prise en charge sociale que psychiatrique sont mises en échec. Par contre, si les partenaires arrivent à trouver une synergie entre la prise en charge psychiatrique, l'hébergement d'urgence, les démarches sociales pour obtention de ressources et d'un logement stable, il est possible d'arriver progressivement à une relative stabilité sociale qui favorise et est favorisée par une relative stabilité psychique.

---

<sup>1</sup> L'EMPP remarque que les partenaires ont tendance à considérer que les personnes qu'elle rencontre sont « ses patients », comme si elle devait du coup gérer l'ensemble de la prise en charge et moins comme une prise en charge partagée par les différentes équipes. Dans ce cadre, les équipes partenaires estiment que tout ce qui concerne la personne doit être fait par l'EMPP et il serait illégitime qu'elle ne le fasse pas : ce serait ne pas faire son travail, ne pas faire ce pourquoi elle existe. Tout se passe comme si les prises en charge *expertise* étaient illégitimes : soit l'équipe partenaire gère la situation, y compris les contacts et les accompagnements au CMP, soit elle demande l'intervention de l'EMPP et alors c'est à celle-ci de s'occuper des démarches, dans une prise en charge *passerelle* ou *à part entière*.

La situation de M. Voyer montre bien cette interdépendance des acteurs autour d'une prise en charge. Par ailleurs, elle est aussi exemplaire à la fois du processus de passage de relais en douceur sur les trois moments clé qui nous intéressent et des éléments intervenant sur la progression du passage de relais .

M. Voyer, diagnostiqué schizophrène, était déjà sectorisé au moment où il a été signalé à l'EMPP par l'équipe d'un LHSS qui l'avait en charge. L'équipe du CMP concerné a été contactée par l'EMPP et semblait être assez impliquée dans la prise en charge. Le CMP/Hôpital de Jour était assez éloigné du LHSS, donc l'infirmière de l'EMPP a fait avec lui le trajet en métro à plusieurs reprises, puis l'a convaincu de le faire tout seul. On voit bien ici la position de *passerelle* que l'EMPP occupe à ce moment de la prise en charge. Les premiers contacts entre les équipes se sont bien passés, ainsi que le contact entre l'équipe du CMP et M. Voyer. La décision pour commencer le passage de relais avait semblé évidente : les troubles psychiques bien définis, il était sectorisé, il a immédiatement accepté de se rendre au CMP et avait assez d'autonomie pour le faire, à condition d'être accompagné, dans un premier temps ; enfin, l'équipe de secteur n'était pas réticente à participer à la prise en charge.

Lorsque la prise en charge par le secteur semblait commencer à se stabiliser, que l'EMPP commençait à penser à se retirer de la prise en charge, le LHSS a annoncé que M. Voyer n'avait plus de raison d'y être hébergé et qu'il devrait « faire le 115 comme tout le monde ». Tout le travail fait jusque là risquait d'être anéanti car quand on « fait le 115 comme tout le monde », on risque fort de ne pas avoir une place toutes les nuits. Aussi n'est-il pas aisé de se rendre à ses rendez-vous ayant à s'occuper tous les jours de trouver où dormir et où manger. L'assistante sociale du secteur ne s'est pas mise en contact avec les structures sociales, et c'est l'EMPP qui a dû intervenir pour obtenir un accord avec les conseillères sociales d'un centre d'hébergement : M. Voyer a donc été hébergé pour une période d'une semaine, plus près de son lieu de soins, et sa place en hébergement était renouvelée automatiquement, tous les lundis, par une conseillère sociale. Cet accord s'appuyait sur le double argument des démarches sociales (pour l'obtention du titre de séjour) et médicales (stabilisation de la prise en charge par le secteur) en cours. Donc cette fois-ci, l'EMPP allait pouvoir se retirer de la prise en charge. Mais ce système de renouvellement automatique ne pouvait pas durer car ce n'est pas la vocation de ce type de structure de garder les personnes pendant longtemps : les démarches étant faites, il était en attente d'une réponse pour son titre de séjour, ce qui pouvait

prendre plusieurs mois, et la prise en charge en psychiatrie déjà mise en place et assez stabilisée ne constituait plus un argument pour maintenir l'hébergement, du point de vue de l'équipe du centre d'hébergement. De plus, la distribution des biens rares, les places en hébergement d'urgence en l'occurrence, ne peut pas bénéficier aux mêmes personnes tout le temps<sup>1</sup>. M. Voyer risquait de nouveau de devoir « faire le 115 comme tout le monde », ce qui remettait en péril sa prise en charge psychiatrique, sa stabilité psychique et ses démarches sociales : s'il retournait à la rue, arriverait-il à maintenir ses repères ? Dormant chaque jour à un endroit différent, pourrait-il continuer à venir à l'hôpital de jour ? Alors un autre accord a été établi, encore une fois avec l'aide de l'EMPP, accord qui ne correspond pas au fonctionnement « officiel » de ces structures : M. Voyer « ferait le 115 comme tout le monde », à partir de l'hôpital de jour, avec l'aide des professionnels, et serait prioritaire pour avoir une place pour une semaine dans un des deux CHU de l'Institution Sociale Partenaire. L'assistante sociale de l'EMPP avait même trouvé le moyen de pallier d'éventuels dysfonctionnements, en demandant aux différents acteurs de l'appeler si jamais il n'avait pas de place ; puis elle-même regardait dans les listes des présents s'il était bien hébergé dans un des deux CHU. Seulement l'un d'entre eux était très éloigné de son lieu de soins. Malgré cela (incertitude, instabilités, changements constants) M. Voyer a continué de fréquenter l'hôpital de jour et n'a pas présenté de dégradation de son état psychique, au grand étonnement de l'équipe du secteur, ainsi que de l'EMPP, car d'autres avaient abandonné la prise en charge pour beaucoup moins que cela. Encore une fois, il semblait possible de considérer qu'avec ce nouveau compromis, la chose était faite, le relais était passé, mais non.

L'assistante sociale du CMP ne s'occupant pas des démarches pour l'obtention d'une carte de séjour pour M. Voyer, après insistance et relances, l'assistante sociale de l'EMPP a décidé de le faire elle-même : recherche d'informations auprès d'associations et avocats, constitution du dossier, nombreux accompagnements, dossier de recours, un travail long et intense. Après l'obtention du titre de séjour, l'assistante sociale de l'EMPP s'est retirée de la prise en charge, considérant que sa collègue du secteur avait pris le relais. Cependant, des semaines plus tard, elle a dû intervenir à nouveau pour qu'il puisse avoir accès aux ressources auxquelles il avait

---

<sup>1</sup> Noter qu'on ne lui refusait pas une place, mais le privilège de l'avoir automatiquement. On peut se demander quelle est la différence, pour le compte général des places, que cette personne l'obtienne par la conseillère sociale ou par le 115. Tandis que, pour la personne, la différence est énorme entre avoir un lit garanti pour la nuit ou vivre l'incertitude tous les jours. D'autre part, pendant qu'il est dit à cette personne de quitter le centre d'hébergement, alors qu'elle souhaite y rester, les Equipes Sociales de Rue proposent une place à ceux qui n'en demandent pas - qui n'en veulent pas - et font un énorme travail auprès d'eux pour les convaincre de l'accepter.

droit : M. Voyer a téléphoné à l'assistante sociale EMPP pour lui expliquer qu'il n'avait pas de ressources parce que l'assistante sociale du CMP refusait de remplir le dossier pour qu'il ait l'AAH, argumentant qu'il n'y avait pas droit à partir du type de titre de séjour qu'il possédait. L'assistante sociale de l'EMPP a recherché les informations nécessaires et a contacté sa collègue au CMP pour « avoir des nouvelles de la prise en charge, notamment sur l'obtention de l'AAH... ». Au passage, elle l'a informée qu'il y avait droit et c'est grâce à cette intervention que M. Voyer a pu obtenir des ressources. Mais cette fois-ci, c'est l'assistante sociale du CMP qui a fait les démarches, d'après les informations de sa collègue de l'EMPP. Autrement dit, si le relais médical était passé, ce n'était pas le cas pour le relais social. Il est d'ailleurs révélateur que le seul membre de l'EMPP à participer aux synthèses concernant M. Voyer, sur la période, était l'assistante sociale.

Cet exemple met en évidence le fait que souvent l'EMPP tend à continuer les prises en charge, ne fût-ce que dans une position *d'expertise*, estimant que l'équipe qui devait recevoir le relais ne l'a pas encore complètement saisi. A plusieurs reprises et à propos de différentes situations, les membres de l'EMPP ont exprimé leur difficulté à accepter que le travail qui a été fait avec tant de difficultés et pendant si longtemps avec un si bon résultat puisse se perdre par manque de coordination des professionnels. C'est ainsi que certaines prises en charge sont prolongées alors que la personne est déjà suivie par le droit commun. Dans ces situations, la question se pose de savoir quelle est la légitimité de l'EMPP pour continuer à intervenir ou ne plus intervenir.

La prise en charge de M. Voyer aurait pu être, dès le départ, plus proche d'une prise en charge *expertise*, par la facilité de définition de l'orientation et par l'adhésion immédiate de l'utilisateur et de l'équipe relais : apparemment, il suffisait à l'équipe demandeuse de faire les quelques accompagnements au CMP et le relais serait rapidement passé. Mais l'articulation faite par l'EMPP entre l'équipe du centre d'hébergement et celle du secteur n'a pas suffi. Cette articulation a dû être refaite à plusieurs reprises alors que l'EMPP essayait à chaque fois de se retirer de la prise en charge et de ne plus participer au partage de pouvoirs la concernant. Aussi, l'assistante sociale de l'EMPP aurait-elle pu basculer vers une prise en charge *à part entière* et faire ce qu'il y avait à faire (pour le titre de séjour, pour les ressources, pour l'hébergement), étant donné que sa collègue n'y arrivait pas. Cependant, elle a trouvé à chaque fois le moyen d'impliquer sa collègue dans la prise en charge, de la mobiliser, de



l'aider et la soutenir pour qu'elle fasse elle-même les démarches. Elle a pu ainsi avoir une place plus proche de *l'expertise* vers la fin de la prise en charge, faute de pouvoir la clôturer définitivement.

Le récit de la situation de M. Voyer permet également de comprendre l'interdépendance relative entre les acteurs participant à une prise en charge dans laquelle les aspects sociaux et psychiatriques sont fortement imbriqués. Sans ressources, M. Voyer ne peut pas accéder à un logement stable et comme l'hébergement d'urgence ne peut pas durer éternellement, il risque de se retrouver tôt ou tard sans hébergement. Sans hébergement, la prise en charge psychiatrique est fortement compromise. Sans soins psychiatriques, toute la stabilité précaire dans laquelle il vit risque de s'effondrer. Et c'est précisément pour éviter cela que l'assistante sociale de l'EMPP reste dans la prise en charge, alors que la décision était déjà prise de passer le relais et que ce processus avait déjà été initié. Mais c'est la fin du processus qui, malgré cela, n'était toujours pas concrétisée.

### **3. Le retrait de l'EMPP**

Lorsque le processus de passage de relais est avancé, que l'EMPP a décidé, éventuellement avec les autres acteurs, de passer le relais, que les articulations ont été faites pour la mise en place de ce processus et que la personne est en contact avec un secteur psychiatrique, la question se pose de savoir à quel moment l'EMPP peut/doit légitimement se mettre en retrait et ne plus intervenir auprès de cette personne, sans pour autant pratiquer le *sous-interventionnisme*. A-t-elle encore une place dans la prise en charge ? Laquelle et jusqu'où doit-elle aller ? Quelle est la limite à ne pas dépasser pour éviter le *sur-interventionnisme* et de fonctionner tel un dispositif spécifique, une équipe de psychiatrie pour les SDF ? Raul, infirmier à l'EMPP, cite un exemple de passage de relais et donne son avis sur la fin de ce processus :

*« AM : Et Justine, elle dort dehors ?*

*Non, elle est dans un hôtel social, elle est hospitalisée du vendredi soir au lundi matin, sinon elle va à l'hôpital de jour ou au CMP et ça se passe super bien.*

*AM : Et c'est le secteur qui a trouvé l'hôtel ?*

*Oui, elle était sur le 92, mais elle était sectorisée sur Paris et on lui a trouvé un hôtel à côté du CMP et de l'hôpital de jour.*

*AM : Et quand est-ce que nous on peut sortir de la prise en charge ?*

*Tu peux jamais sortir de la prise en charge. C'est une question d'étayage. Effectivement, on peut dire que je suis sorti de la prise en charge de Justine Perrot, c'est pas vrai, on ne sort jamais de la prise en charge. On suit de loin, je reste une référence et pour Justine et pour sa psychiatre. C'est l'exemple, parce que parfois on nous sollicite pour tel ou tel problème, mais Justine, c'est le meilleur exemple : après 8 ans de prise en charge dans la rue, plus les 6 mois pour que ça se mette en place avec le secteur, j'aurais pu dire : ça ne nous concerne plus. Mais je ne me vois pas dire à sa psy, 'Justine, ça ne m'intéresse plus'. Tu peux pas. Sauf si je veux planter l'équipe, le fonctionnement, le réseau demain. Je dis 'ça ne me concerne plus ; j'étais dans la prise en charge, maintenant ce n'est plus mon travail'. Effectivement ce n'est plus mon travail, on est bien d'accord. Sauf qu'on reste une référence dans la prise en charge. »*

Un étayage. Après le passage de relais conclu (« *ce n'est plus mon travail* »), l'EMPP peut potentiellement être re-sollicitée, dans un délai plus ou moins long, par les partenaires ou par l'utilisateur et c'est dans ce sens que l'équipe reste un étayage. Il importe de préciser que les processus de passage de relais en douceur conclus par l'EMPP sont fort peu nombreux concernant les prises en charge passerelle, comme celle décrite ci-dessus. Souvent les personnes quittent le(s) lieu(x) où l'EMPP pouvait les rencontrer, avant ou pendant le travail pour passer le relais en douceur et la prise en charge est interrompue avant la fin de ce processus. Il arrive aussi que, lors de ces ruptures, l'EMPP finisse par désinvestir la prise en charge (ne plus chercher la personne, par exemple)<sup>1</sup>. Un autre cas de figure est celui des personnes qui restent longtemps dans la file active de l'EMPP, auprès desquelles cette équipe continue le travail de *créer une demande ou faire accepter*, préalable au début du processus de passage de relais, ou bien pour qui ce processus est déjà en route mais n'arrive pas à

---

<sup>1</sup> Ces deux cas de figure seront analysés dans le chapitre 9 de cette étude.

aboutir. Le plus souvent, les situations pour lesquelles le processus de passage de relais est conclu - avec prise en charge par une équipe de secteur psychiatrique et le retrait de l'EMPP - sont celles prises en charge plutôt dans l'optique d'une *expertise*, comme c'est le cas pour les personnes orientées au CPOA ou à leur CMP après un ou deux entretiens, avec éventuellement des liaisons. Cela se produit le plus souvent avec des personnes rencontrées dans les centres d'hébergement, bien plus rarement dans la rue, et qui n'ont pas besoin d'un travail important pour *créer une demande ou faire accepter* les soins. Pour ces personnes, suite au passage de relais, l'EMPP considère avoir fini son travail, supposant que le relais est bien passé, c'est-à-dire supposant qu'une prise en charge stable a été mise en place par l'équipe relais<sup>1</sup>.

Concernant les prises en charge *passerelle*, il arrive que la personne soit prise en charge par le secteur psychiatrique, parfois de manière durable, que l'équipe du secteur s'investisse dans la prise en charge de la personne et réciproquement, mais que l'EMPP reste assez longtemps présente, en position de *passerelle* ou d'*expertise* : par exemple, elle continue de rencontrer l'utilisateur ou l'équipe relais au sujet de cette personne, comme nous l'avons vu pour M. Voyer. L'équilibrage des interventions pour éviter les extrêmes du *sur* ou du *sous-interventionnisme* sont au cœur de la décision. Nous allons voir dans les paragraphes suivants trois éléments participant à la réflexion de l'EMPP autour de cette décision : le paradoxe de la relation avec l'utilisateur, le paradoxe de la relation avec l'équipe relais et l'intermittence des périodes sans et avec soins.

---

<sup>1</sup> Il est à considérer que comme dans toute prise en charge, il se peut que l'utilisateur ou l'équipe de droit commun estiment qu'il n'est plus nécessaire de continuer la prise en charge. Le relais est passé, la prise en charge par l'équipe relais s'est aussi clôturée. Ce qui est différent d'une personne qui ne va même pas au premier rendez-vous (pas de début de prise en charge par l'équipe relais) ou qui y va une ou deux fois, sans suite (pas de stabilisation de la prise en charge) avec perte de contact entre les intervenants et l'utilisateur ou bien avec retour de l'utilisateur vers l'EMPP. Dans ces cas, il est possible de poser la question, tout en sachant qu'il est fort difficile de trouver une réponse, de savoir si cela est dû à une défaillance dans les étapes du processus de passage de relais, notamment un retrait prématuré ou tardif de l'EMPP ; si la prise en charge *expertise* était suffisante ou s'il aurait fallu penser une prise en charge *passerelle* pour cette situation ; ou au contraire, si l'EMPP a été trop loin dans la prise en charge *passerelle*, empêchant l'utilisateur d'investir l'équipe relais et celle-ci d'investir l'utilisateur. Ou alors, plutôt que de penser à une défaillance du passage de relais, ce type d'événement pourrait être considéré comme un indice que les usagers gardent tout de même une certaine marge de manœuvre, ne fût-ce que pour faire défection.

### 3.1 Le paradoxe de la relation avec l'utilisateur :

Le paradoxe de la relation avec l'utilisateur peut être ainsi résumé : d'une part, si les intervenants ont réussi à établir un lien fort avec la personne, il sera plus facile de la faire accepter, voire de créer une demande de soins, mais il est difficile de passer le relais et, d'autre part, si les intervenants n'ont pas un lien fort avec la personne, il est facile de passer le relais mais on n'arrive pas toujours à la mobiliser pour accepter et aller vers les soins<sup>1</sup>. Ce lien n'est pas une condition sine qua non pour mobiliser la personne<sup>2</sup>. Parfois la personne est déjà mobilisée : elle souhaite accéder aux soins mais ne sait pas comment et a juste besoin d'une orientation. C'est une des raisons pour lesquelles une partie des personnes venant consulter l'EMPP dans les centres d'hébergement - et pour qui la nécessité de soins est établie - peuvent être plus rapidement orientées, dans un fonctionnement de prise en charge *expertise* et avec un processus de passage de relais très rapide. Ce paradoxe intervient donc depuis la décision de passer le relais et la mise en œuvre du processus, mais c'est au moment de clôturer le processus qu'il est le plus opérant. C'est-à-dire que si l'EMPP a un lien très fort avec une personne (et/ou vice-versa) et qu'il est question du passage de relais, la difficulté de « décrocher » est déjà présente dans les réflexions pour prendre cette décision, mais l'intervenant peut toujours se dire qu'il aura le temps de travailler cet aspect avant de conclure le processus. Cette difficulté à « décrocher », de la part des intervenants, est également présente dans la mise en œuvre du processus, là où justement il s'agit de commencer à travailler ce « décrochage ». C'est donc en fonction de l'avancement estimé de ce « décrochage », entre autres critères, que les intervenants de l'EMPP vont décider de clôturer le processus (il serait illégitime de continuer) ou au contraire, de le prolonger (il serait illégitime d'arrêter), comme cela a été le cas dans la situation de Madame André, que j'exposerai ensuite. D'ailleurs, dans son cas, comme l'équipe avait du mal à se décider, c'est elle-même qui a fait cette évaluation et qui a décidé de clôturer sa prise en charge.

Madame André avait une cinquantaine d'années et a été prise en charge par l'EMPP pendant environ trois ans. Cette équipe l'a d'abord rencontrée dans la rue et lui a fait intégrer un LHSS, puis a continué à la suivre en CHU, a fait le nécessaire pour qu'elle soit sectorisée et

---

<sup>1</sup> Voir à ce propos J.P.Martin (2000).

<sup>2</sup> Il est à préciser que ce lien, quelle que soit sa qualité, n'est pas toujours suffisant pour mobiliser la personne.

pour qu'elle intègre un ESAT<sup>1</sup>. Enfin Madame André a accédé à un logement pérenne, toujours par l'intervention de l'EMPP qui, un an après, continuait à la rencontrer, malgré la stabilité de son logement et du suivi par le secteur. Les intervenants expliquaient que c'était important de maintenir la prise en charge pour qu'elle soit stabilisée et puisse bien vivre tous ces changements (notamment l'accès au logement et le départ de l'assistante sociale de l'EMPP avec qui elle avait un lien assez étroit), pour qu'elle ne se sente pas abandonnée par l'équipe. Lorsque l'infirmier de l'EMPP qui la suivait est parti de l'équipe, la question s'est de nouveau posée de clôturer la prise en charge mais celle-ci s'est poursuivie pour la même raison, cette fois-ci le changement était le départ de l'infirmier en question. Les rencontres ont donc continué, avec un autre infirmier, mais à une moindre fréquence, dans le but d'avancer vers la conclusion du passage de relais, et ce jusqu'à ce que Madame André ne vienne plus d'elle-même. Le lien entre Madame André et l'équipe a d'une part facilité l'avancement de la prise en charge jusqu'au passage de relais et, d'autre part, a rendu difficile la clôture de ce processus : c'est le paradoxe de la relation avec l'utilisateur.

En effet, le « décrochage » doit être effectué dans les deux sens : de la personne vis-à-vis de l'EMPP et/ou vice-versa. Le double décrochage peut être rendu difficile, par exemple, par l'idée que la personne se sentirait abandonnée ou rejetée avec le retrait de l'EMPP et que cela risquerait d'entraîner une rupture avec l'équipe relais, voire un abandon de l'ensemble du projet social et sanitaire. C'est ce qui était évoqué dans la situation de Madame André : il fallait que l'EMPP soit là pour la rassurer, pour qu'ainsi elle puisse continuer le travail à l'ESAT, les soins dans le CMP et la vie dans son appartement. C'est ce qu'explique l'infirmier de l'EMPP :

*« C'est elle qui a mis fin à notre rendez-vous. C'est très bien. Elle sait qu'elle peut demander à l'accueil (d'une des structures de l'Institution Sociale Partenaire) qu'ils nous appellent, elle sait qu'elle nous a. C'est comme ça qu'on lui a appris à fonctionner. Maintenant, elle est retournée au CMP, ça lui suffit, c'est parfait. Attends, cette prise en charge nous a bouffé de l'énergie. A Julien, à Joëlle (infirmier et assistante sociale de l'EMPP), puis à leur départ c'est moi qui m'y suis collé. Ça va bien, on connaît son histoire par cœur, elle était à la pension*

---

<sup>1</sup> ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail, anciennement appelé CAT (Centre d'Aide par le Travail)

*de famille, elle avait son CMP, son infirmier de référence, mais cela ne suffisait pas. J'avais levé le pied de la prise en charge et elle en était d'accord. Elle avait fini sa pseudo-psychothérapie avec l'EMPP, je le sentais et elle aussi qu'on était arrivé au bout de quelque chose. Je l'ai encore revue l'autre jour, elle était super contente de me voir. Je lui ai demandé comment elle allait, on a discuté, rien n'avait changé. C'était la preuve qu'on était arrivé au bout de quelque chose. Elle avait eu besoin d'un étayage assez fort pour la maintenir à la pension de famille, pour la maintenir au boulot puis là, elle a réussi à se reconstruire une personnalité pour faire face aux difficultés du quotidien, c'est plutôt bien. Puis que ce soit elle qui mette fin à la prise en charge, c'est le mieux qui peut arriver, ça m'évite de me poser des questions éthiques de savoir si on continue, si on arrête...*

*AM : C'est une question<sup>1</sup> ?*

*C'est toujours une question. Est-ce qu'on continue, est-ce qu'on arrête, à quoi ça sert ? Je suis partisan de dire que tant qu'ils sont vivants, on est toujours là, j'ai peut-être tort. Je ne veux pas les super protéger, les gens de la rue, les gens qu'on a en charge, qu'ils soient des hyper assistés. Ce n'est pas mon propos du tout. Ce n'est pas moi qui le dis, c'est Emmanuelli, à partir du Petit Prince : quand on a apprivoisé, on est responsable de. A partir du moment où les gens ont confiance en nous, on ne peut pas les laisser tomber. Je ne me vois pas de dire à la personne, du jour au lendemain, vous n'avez plus besoin de moi, je ne vais plus vous voir. C'est eux qui doivent me le dire. »*

Le discours de l'infirmier montre bien l'enjeu que représente la fin de la prise en charge. L'équipe doit rassurer l'usager, mais l'usager doit aussi, en quelque sorte, pouvoir rassurer les intervenants pour qu'ils puissent se séparer en douceur. Il se peut aussi que la personne ne soit pas très motivée pour recommencer à créer une relation avec d'autres intervenants. Dans le

---

<sup>1</sup> La difficulté de trouver la bonne position, en matière de fin de prise en charge, pour les équipes soignantes, est clairement exprimée par C. Alezrah, dans cet extrait : « *comment ne pas maintenir le patient « captif » d'un dispositif de soins ? Comment pour les professionnels, savoir mettre fin à une prise en charge et quand ? A l'inverse, comment éviter que certaines personnes ne s'excluent des soins au terme de la crise, n'obtenant de réponse que dans la répétition de passages à l'acte ou de tableaux aigus ?* » (2001, p.9). Il montre bien comment il s'agit d'éviter le sur-interventionnisme et le sous-interventionnisme.

discours des usagers, cela s'exprime par : « on se connaît, il me connaît par cœur », « il connaît toute ma vie et je n'ai pas envie de recommencer à tout raconter à un autre », « il sait comment s'y prendre avec moi », « je sais que je peux lui faire confiance », « c'est mon docteur ». On peut encore dire qu'il est d'autant plus difficile d'interrompre cette relation, pour l'intervenant et pour l'usager, qu'elle a été difficile à créer. Surtout que cette population est caractérisée par une méfiance plus ou moins importante vis-à-vis des intervenants et des institutions, et qu'elles ont souvent eu un parcours de vie jalonné de ruptures, d'abandons, de promesses non tenues. Ajoutons à cela les remarques faites antérieurement relatives à l'accueil réservé par certaines équipes de secteur psychiatrique aux personnes vivant dans les circuits de rue. Il est donc possible de supposer qu'une nouvelle relation ne soit pas facile à tisser. Il faut donc que l'EMPP et l'usager soient suffisamment rassurés, notamment quant à la poursuite des soins avec l'équipe relais, pour que ce processus puisse être clos.

### 3.2 Le paradoxe de la relation avec les intervenants relais :

Le paradoxe de la relation avec les intervenants relais, deuxième élément à considérer au moment de conclure le passage de relais, peut à son tour être résumé de la manière suivante : les contacts entre l'EMPP et les équipes relais de secteur psychiatrique sont souvent une façon d'ouvrir la porte de ces dernières aux personnes en situation de rue. Cependant, une porte ouverte peut à la fois faciliter leur entrée dans les services de soin, mais aussi faciliter leur sortie. Ainsi, la question se pose de savoir si l'EMPP doit ou pas contacter les équipes de secteur concernées par la prise en charge. Ceci apparaît plus particulièrement lorsque les personnes n'ont pas été mises en contact avec les équipes du droit commun par l'intermédiaire de l'EMPP. Autrement dit, l'EMPP n'a pas participé à la décision relative au début du processus de passage de relais ou, si c'était le cas, elle n'a pas participé à sa concrétisation. Celle-ci s'est faite sans l'EMPP ou parallèlement à la mise en route du processus de passage de relais par l'EMPP. C'est ce qui se passe par exemple lorsqu'une personne est hospitalisée sans la participation de cette équipe. Ce paradoxe est au cœur des discussions qui ont eu lieu au sein de l'EMPP concernant un moment précis de la prise en charge de Stéphanie, qui sera décrit ci-dessous. Cette situation met plus largement en évidence comment se pose, pour l'EMPP, la question de continuer à intervenir après que la personne est déjà prise en charge par le service de droit commun.

Stéphanie est une jeune fille d'une vingtaine d'années qui s'est installée depuis plusieurs mois dans un coin d'un jardin. Des personnes qui travaillent à côté de son site « veillent » sur elle en quelque sorte, comme ils le disent eux-mêmes : parlent avec elle, lui apportent du papier pour qu'elle dessine, vérifient si elle va bien, si elle mange. En plus de cet entourage, d'autres équipes sont concernées par la situation et sont en contact avec l'EMPP à ce sujet : les Restaurants du Cœur, les EMA du Samu social de Paris, une ou deux autres EMPP et la DPP<sup>1</sup>. L'EMPP rencontrait Stéphanie depuis quelques mois quand un des riverains l'informe que la police l'a hospitalisée. C'est l'assistante sociale de l'EMPP qui a tenté de contacter sa collègue de l'unité d'hospitalisation pour savoir dans quelle mesure il était possible de passer le relais, par exemple, lui transmettre les documents faits et ceux en cours, mais elle n'a pas eu de réponse. En réunion d'équipe, il a été question de savoir s'il fallait ou pas lui rendre visite à l'hôpital, dans le but d'augmenter ses chances d'un maintien dans les soins de droit commun, à savoir le secteur de psychiatrie qui lui a été attribué. L'idée était d'aider l'équipe du secteur à investir la prise en charge de Stéphanie et inversement, que la jeune fille investisse l'équipe. L'argument favorable à la visite de Stéphanie à l'hôpital était que l'équipe du secteur risquait de ne pas s'investir dans la prise en charge, faute de perspectives après l'hospitalisation et dans ce cas, les visites des intervenants de l'EMPP pendant l'hospitalisation permettraient d'encourager l'équipe de droit commun à avancer dans la prise en charge normalement, comme elle l'aurait fait pour tout autre patient du secteur, autour d'un projet clinique et social. Ainsi, la présence de l'EMPP serait-elle un élément permettant d'avancer dans le passage de relais, à la fois auprès de Stéphanie et auprès de l'équipe de secteur. L'argument contraire était que l'équipe du secteur pourrait estimer inutile de s'investir dans la prise en charge justement parce qu'il y avait déjà une équipe psychiatrique, l'EMPP, qui s'occupait de la situation, comme si Stéphanie était « patiente de l'EMPP » et non pas « patiente du secteur ». D'autre part, la jeune fille pourrait à son tour continuer à investir les intervenants de l'EMPP, avec qui elle avait un lien de confiance, comme ses interlocuteurs privilégiés, plutôt que de transférer ou d'élargir cette place à l'équipe du secteur. Suivant ce deuxième argument, l'intervention de l'EMPP aurait pour effet de rendre le passage de relais plus difficile.

En effet, il semblerait que les équipes de secteur ont moins de difficultés à penser la sortie de la personne d'une hospitalisation - ou son absence aux rendez-vous fixés - lorsqu'elles savent

---

<sup>1</sup> DPP : Direction de la Prévention et de la Protection.



qu'il y a une autre équipe de psychiatrie, l'EMPP, qui s'en occupera dans les circuits de rue. Savoir qu'il y a une autre équipe de psychiatrie dans la prise en charge peut d'autant plus faire penser à l'équipe de secteur que ce n'est pas à elle de s'occuper de cette prise en charge, que souvent ces équipes se concentrent plus sur le fait que la personne est SDF et moins sur le fait qu'elle présente une pathologie psychiatrique et qu'elle a besoin de soins spécialisés, comme nous l'avons vu antérieurement<sup>1</sup>. La situation de Stéphanie montre de manière frappante l'enjeu de ces paradoxes et leurs imbrications mutuelles. Suite à cette hospitalisation, Stéphanie est retournée sur son site et la question du passage de relais ne s'est plus posée. Et cela nous amène au troisième élément qui rend difficile la conclusion du passage de relais : le refus de la personne de continuer ses soins.

### 3.3 L'intermittence des périodes de soins :

Il arrive que le relais soit à peu près passé, que l'EMPP tente de se retirer de la prise en charge ou même qu'elle se retire complètement, mais l'usager retourne périodiquement dans la rue et rompt le contact avec son équipe de secteur. Dans ce cas, l'EMPP peut intervenir de nouveau auprès de la personne, puis se mettre de nouveau en retrait et, quelques semaines ou quelques mois plus tard, être amenée à re-intervenir. Et cela peut durer des années. Cette intermittence de périodes sans et avec soins rend difficile la clôture de la prise en charge, pour deux raisons principales. D'une part, elle peut entraîner le désinvestissement des équipes de secteur par rapport à la prise en charge. Pour tenter de l'éviter, l'EMPP peut décider de ne pas clôturer la prise en charge. D'autre part, si c'est pour re-intervenir périodiquement, plutôt que d'arrêter puis reprendre la prise en charge à chaque fois, autant continuer à intervenir en modulant seulement la fréquence des interventions. Ainsi, il se peut que les pouvoirs concernant cette prise en charge soient régulièrement redistribués, ce qui fait que l'EMPP change de position par intermittence : parfois c'est elle qui est le plus en contact avec l'usager et qui garantit la majeure partie de la prise en charge (entre *passerelle* et *à part entière*), parfois elle est plus en retrait, et ce sont les partenaires qui interviennent le plus (entre *expertise* et *passerelle*).

---

<sup>1</sup> Isabelle Parizot (2003) montre comment la présence de bénévoles dans les services hospitaliers, dans le but d'humanisation, peut paradoxalement avoir l'effet contraire, celui d'une dépersonnalisation des soins : les professionnels s'estiment déchargés de ce type de préoccupation, car elle est à charge d'autres intervenants, les bénévoles.

Le refus par la personne de poursuivre ses soins psychiatriques peut avoir lieu alors même que tout se passe bien avec l'équipe de secteur. Parfois l'usager est même demandeur de rencontrer l'EMPP, mais par périodes alors même que toutes les articulations sont assurées entre les équipes impliquées dans la situation et que l'équipe de secteur veut bien la prendre en charge. C'est ce qui se passe pour Patrick, sectorisé depuis de nombreuses années et vivant alternativement dans la rue, toujours sur le même site, et à l'hôpital psychiatrique pendant plusieurs mois. Lorsqu'il est à la rue, il ne souhaite pas aller au CMP ni prendre des médicaments. L'équipe du CMP ne met pas non plus en place de visites sur site. Très rarement, il accepte d'aller en centre d'hébergement. Pour lui, l'EMPP ne fait pas un travail d'accès aux soins du droit commun, car il y a déjà accédé : il peut passer des mois à l'hôpital, en hospitalisation libre. Mais cela ne change pas cette prise en charge par intermittence qui permettrait le retrait de l'équipe EMPP. Connaissant son fonctionnement, lorsqu'il est hospitalisé, l'EMPP reste attentive au moment de sa sortie, demande à l'équipe de secteur de l'en informer, mais comme il arrive que les partenaires ne le fassent pas, l'EMPP passe de temps en temps par son site habituel et éventuellement prend contact avec les équipes partenaires à son sujet. Quand il est dans la rue, elle vient le voir régulièrement, et garantit sa prise en charge quasiment sans contact avec les partenaires. L'idée étant que peut-être cette intermittence est l'équilibre qui lui convient le mieux, en tout cas pour le moment, ou bien qu'un jour il pourra quitter la rue définitivement et qu'il faudra être là pour l'aider à le faire.

Si le passage de relais ne peut pas se conclure, en raison d'un de ces trois facteurs (paradoxe de la relation avec l'usager, paradoxe de la relation avec les partenaires et intermittence des périodes de soins) ou bien d'une combinaison entre eux, l'EMPP reste longtemps dans la prise en charge, essayant de passer le relais (*passerelle*). Par contre, si cela se dégrade entre la personne et les partenaires, ou si l'EMPP s'épuise à essayer de passer le relais, elle peut glisser vers une prise en charge *à part entière*.

### **Conclusion du chapitre :**

Il a été montré, tout au long de ce chapitre, comment le passage de relais constitue une limite des interventions de l'EMPP. Ce processus interroge de façon aigüe la légitimité de l'EMPP à intervenir ou à ne pas intervenir. Le travail micropolitique façonne la place de l'EMPP au

cours de chacune des trois phases du processus de passage de relais : décision, mise en route et retrait. Cela a été mis en évidence à partir d'éléments favorisant ou rendant difficile la clôture de la prise en charge ou le glissement de la prise en charge d'un type à un autre (prise en charge *à part entière*, prise en charge *passerelle* et prise en charge *expertise*). Par exemple, la difficulté à passer le relais peut impliquer la prolongation d'une prise en charge *passerelle*, voire le basculement vers une prise en charge *à part entière*. Le passage de relais est un moment où le travail politique est particulièrement intense, car il présuppose des articulations multiples entre les acteurs pour déterminer ceux qui sont légitimes à participer au nouveau partage des pouvoirs et comment ces pouvoirs doivent se partager (« qui fait quoi » légitimement).

Comme il s'agit de clôturer une prise en charge, et donc de ne plus intervenir, il s'agit pour l'EMPP de faire en sorte que ses non-interventions ne soient pas des sous-interventions. Ceci peut être le cas, par exemple, lorsque l'EMPP estime que certaines tâches incombent aux partenaires du social (si elles lui semblent trop déspecialisées) ou aux partenaires du secteur psychiatrique (si elles lui semblent trop spécialisées), tandis que les partenaires considèrent qu'elles incombent à l'EMPP. L'articulation entre les acteurs doit permettre à l'EMPP de passer le relais et se retirer de la prise en charge en même temps que les partenaires prennent le relais et investissent la prise en charge. Le *sous-interventionnisme* correspondrait à une situation où l'EMPP lâcherait le relais trop tôt, avant que l'équipe de secteur ne l'ait suffisamment saisi. Cependant, si l'équipe de secteur ne saisit pas le relais, l'EMPP peut être amenée à continuer à le porter (prise en charge *passerelle*) en attendant de pouvoir le passer, voire à abandonner l'idée de le faire (prise en charge *à part entière*), pour éviter une rupture de prise en charge.

Ainsi, dans le même temps, l'EMPP doit équilibrer ses interventions pour éviter les deux formes de *sur-interventionnisme* : se substituer aux équipes sociales, ce qui renforce sa déspecialisation, et se substituer aux équipes de secteur psychiatrique, ce qui renforce à outrance sa spécialisation. Ces deux risques peuvent se manifester dans les prises en charge *passerelle*, mais elles sont caractéristiques des prises en charge *à part entière*. Etant donné que les modes d'intervention de l'EMPP (l'« aller vers » la personne en l'absence de demande) n'est légitime que dans la mesure où il a pour but de la « faire venir vers » les services et de leur passer le relais, la prise en charge *à part entière* n'est à priori pas légitime, car elle n'a pas pour objectif le passage de relais. Ainsi, il était important de comprendre les

conditions qui, dans la pratique, poussent les acteurs à ce type de prise en charge et celles qui, à l'inverse, favorisent l'aboutissement du passage de relais et le retrait de l'EMPP.

Dans ce chapitre, il était question du passage de relais en douceur, des éléments influant sur les décisions et les articulations mises en place dans ce but, ainsi que de leur impact sur la place de l'EMPP. Dans le chapitre suivant, il s'agira d'interventions sous contrainte, considérées sous les mêmes aspects : les éléments influant sur les décisions et les articulations effectuées dans ce but, ainsi que leur impact sur la place de cette équipe.



## **Chapitre 8 : Les interventions sous contrainte**

L'objectif de ce chapitre est d'exposer quelques éléments permettant de comprendre si - et, le cas échéant, de quelle manière -, la possibilité, le devoir et le fait d'intervenir sous contrainte donnent une place particulière à l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP). J'utiliserai l'expression « sous contrainte », plutôt que l'expression « sans consentement », employée dans les textes officiels, car une partie des interventions de l'EMPP a lieu sans le consentement de la personne, sans pour autant être sous contrainte. Aussi l'absence de consentement n'indique-t-elle pas forcément la présence d'un refus par la personne, alors que le terme « contrainte » explicite qu'il s'agit d'aller contre le souhait exprimé de la personne.

Il s'agira dans un premier temps de comprendre le contexte de la décision d'intervenir sous contrainte ; puis, d'analyser comment l'EMPP s'articule avec les équipes des institutions sociales et celles des secteurs psychiatriques pour mettre en place, ou pour éviter, des hospitalisations sous contrainte. Enfin, il sera question de voir en quoi cette possibilité, légale et légitime, en entraîne d'autres, à la limite de la légalité. Pour chacun de ces trois points, il s'agira d'étudier la construction de la place de l'EMPP à partir de l'analyse du travail micropolitique autour de ces interventions et de ces non-interventions. Il importe cependant de commencer par quelques remarques concernant le cadre légal de l'exercice de la contrainte auprès d'une part les personnes ayant un trouble psychique et d'autre part celles vivant dans les circuits de rue et le cadre sociologique qui sera utilisé pour l'analyse.

### **1. Remarques sur le cadre légal**

Ce rappel du cadre légal a pour objectif d'abord de montrer les implications de son évolution sur le champ concerné par cette étude, avec le passage du statut de la contrainte comme une règle à un statut d'exception. Cela permet de comprendre à quel point l'exercice de la contrainte est une activité très particulière de (et à) la psychiatrie. Ensuite, du fait de son statut d'exception, les interventions sous contrainte font l'objet de réglementations qu'il convient d'explicitier pour comprendre de quelle manière elles se constituent en possibilité ou en limite

d'action pour les acteurs. Enfin, ces précisions permettront de mieux situer quelques éléments que les différents acteurs ont à l'esprit, comme toile de fond, souvent de façon assez floue, pour prendre les décisions et pour intervenir.

Jusqu'au début des années 90, la loi prévoyait la contrainte comme règle, autant pour les hospitalisations en psychiatrie que pour le ramassage des mendiants et des vagabonds. Dans la pratique, la contrainte s'exerçait de moins en moins, dans un domaine comme dans l'autre, même si elle restait légalement prescrite (S. Rullac, 2007 ; A. Vexliard, 1998 ; J. Damon, 2002). C'est n'est qu'à partir de 1990 pour la psychiatrie et de 1993<sup>1</sup> pour le domaine de la grande exclusion, que les interventions avec le consentement des usagers deviennent la règle et que la contrainte devient l'exception, justifiée uniquement par des raisons extrêmes, de nature médicale, de sécurité des personnes ou d'ordre public.

Dans le cas de la psychiatrie, la loi de 1838<sup>2</sup> définissait deux modes d'admission dans les institutions psychiatriques : le placement d'office (ordonné par l'autorité publique) et le placement volontaire, respectivement les ancêtres de l'hospitalisation d'office (HO) et de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). La loi du 27 juin 1990 crée l'hospitalisation libre (HL) et en fait la règle des hospitalisations en psychiatrie. Ainsi, l'intervention sous contrainte représente actuellement un moment paroxystique des controverses sur la légitimité de la psychiatrie à intervenir ou à ne pas intervenir. En effet, la législation française<sup>3</sup> affirme le consentement aux soins comme la règle, l'indispensable condition à toute prise en charge thérapeutique, et le recours à la contrainte comme l'exception. Cependant, dans certaines conditions, prévues par cette même loi, c'est l'absence de soins qui crée un préjudice envers le patient et non pas leur mise en œuvre autoritaire (HAS, 2005).

Dans ce cadre d'exception, deux types d'hospitalisation sans consentement (HSC) ont été définis par la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002, et inscrits dans le code de la santé (L. 3212-1 et suivants ; L. 3213-1 et suivants). En résumé :

---

<sup>1</sup> Le Nouveau Code Pénal (NCP) a été promulgué le 22 juillet 1992 et est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1994. Mais les effets de l'abrogation du double délit (de vagabondage et de mendicité) se sont fait sentir, pour les personnes sans domicile, dès 1993, comme le montre Stéphane Rullac (2007).

<sup>2</sup> La loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.

<sup>3</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers<sup>1</sup> (HDT) concerne les personnes présentant des troubles mentaux, étant de ce fait dans l'incapacité de consentir aux soins, nécessitant des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier ;
- l'Hospitalisation d'Office (HO) concerne les personnes présentant des troubles mentaux, nécessitant des soins mais surtout susceptibles de porter atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

Ainsi, la psychiatrie a gardé la possibilité et même l'obligation d'utiliser la contrainte dans certaines conditions, pour des raisons psychiatriques<sup>2</sup> ou d'ordre public. Il importe de préciser que la contrainte en psychiatrie est quasi exclusivement liée à l'hospitalisation (HO et HDT), comme je le montrerai plus tard dans ce chapitre.

Du côté des interventions auprès des personnes à la rue, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, l'existence du délit de mendicité et de vagabondage permettait l'incarcération des personnes qui étaient dans l'incapacité de prouver l'existence d'un domicile, l'exercice d'une profession<sup>3</sup> (avoir sa fiche de paie sur soi, par exemple) et de ressources personnelles (avoir un minimum d'argent sur soi)<sup>4</sup>. Aussi était-il possible de prendre ces personnes dans la rue et de les emmener de force dans des centres d'hébergement où ils passaient la nuit (P. Declerck, 2001 ; X. Emmanuelli, 2003). Cependant, depuis la suppression de ce double délit, il n'est plus possible de forcer ces personnes à aller dans les institutions<sup>5</sup>, sauf dans des conditions très particulières, pour des raisons médicales (risque vital, notamment) ou d'ordre public.

Etant donné que d'après la loi française, il n'est pas possible de contraindre une personne aux soins, sauf en situations particulières, et qu'il n'y a plus de délit de mendicité et de

---

<sup>1</sup> Le tiers est quelqu'un de l'entourage de la personne à hospitaliser, prioritairement un membre de sa famille ou des amis. Il ne peut s'agir du personnel soignant de l'établissement hospitalier d'accueil. Dans la pratique, la qualité de certains acteurs pouvant agir en tant que tiers suscite des vives controverses, notamment concernant les assistantes sociales, les infirmiers des urgences ou les pompiers. A ce sujet, voir P.F. Godet et al. (2004).

<sup>2</sup> Je dis « raisons psychiatriques » car « *la loi n'autorise pas d'imposer des soins somatiques à un malade mental qui les refuse, même si son incapacité à consentir aux soins somatiques trouve son origine dans son trouble mental. L'imposition de soins somatiques à un patient, qu'il soit malade mental ou non, relève d'autres dispositions (patient hors d'état d'exprimer sa volonté, situation d'urgence, conséquences graves pour la santé, cf article L111.4 du Code de la Santé Publique)* » (P.F. Godet et cols, 2004, p.1)

<sup>3</sup> D'après l'article 270 du Code pénal (1810) : « les vagabonds ou gens sans aveu sont ceux qui n'ont ni domicile certain, ni moyens de subsistance et qui n'exercent habituellement ni métier, ni profession »

<sup>4</sup> A propos du rapport entre coercition et assistance concernant les personnes sans domicile, voir J. Damon (2002) et S. Rullac (2007).

<sup>5</sup> Le « ramassage » de force était aussi une manière d'« aller vers » les personnes à la rue pour les « faire venir » vers les institutions.



vagabondage, il devient plus difficile de faire venir les personnes vers les institutions contre leur gré. Les interventions dans le domaine de la grande exclusion, de la psychiatrie et, *a fortiori*, de la psychiatrie-précarité doivent donc se situer entre le principe du « respect des libertés individuelles » d'une part, et de la « non-assistance à personne en danger » d'autre part<sup>1</sup>. Le plus souvent, il y a une grande marge de manœuvre entre ces deux extrêmes et les interventions ont lieu avec le consentement, voire à la demande de l'usager, comme nous l'avons vu dans les deux chapitres précédent. Marge de manœuvre en termes de diversité d'interventions possibles ou de non intervention, mais aussi en termes de temps pour déployer ces possibilités, temps pour faire un travail, auprès de l'usager, pour *créer une demande ou faire accepter* l'intervention. Mais dans certaines situations, il arrive que ces deux extrêmes se trouvent trop proches l'une de l'autre, de sorte que quelques jours de plus ou parfois quelques heures de plus de négociations ou d'attente peuvent faire basculer le contexte d'un extrême à l'autre. Ce sont des situations nécessitant une intervention rapide et dans lesquelles intervenir sous contrainte peut paraître une atteinte aux libertés individuelles et ne pas intervenir peut ressembler à de la « non-assistance à personne en danger ».

La liberté individuelle est généralement résumée par cette formule reprise par les juridictions françaises : « *La liberté est la règle, la contrainte l'exception* ». A son tour, le délit de non-assistance à personne en danger (ou « abstention volontaire de porter assistance à personne en péril ») est défini plus particulièrement dans le deuxième alinéa de l'article 226-3 du Code Pénal (les professionnels tenus au secret sont aussi concernés par cet article) :

*« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq années d'emprisonnement et de 75.000 euros d'amende.*

*Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »*

---

<sup>1</sup> A ce propos, voir M.N.Noïrot, F. Descarpentries et A. Mercuel (2000).

Selon Ana Zelcevic-Duhamel (2005), ce délit est le plus souvent rencontré dans le domaine médical et pour le caractériser, il faut considérer :

- que la personne ait connaissance du péril
- que le danger soit soudain et imminent
- que le danger soit grave : danger pour la vie, la santé ou l'intégrité physique d'une personne.

Ainsi, nous allons voir comment ces deux paramètres - le « respect des libertés individuelles » et la « non-assistance à personne en danger »<sup>1</sup> - fonctionnent lorsque les décisions sont prises par l'EMPP et mises en route avec les autres acteurs autour des interventions sous contrainte, et quelles sont leurs conséquences sur la place de cette équipe.

## 2. Remarques sur le cadre sociologique

Après ces quelques remarques sur le cadre légal dans lequel la contrainte peut et doit être exercée, je préciserai le cadre sociologique dans lequel je situe la notion de contrainte. Dans ce but, je vais m'appuyer sur les réflexions d'Anne Lovell (1996b) à propos des manières d'obtenir un comportement ou une action d'une personne. Cet auteur décrit un continuum qui va de la « contrainte pure » (*pure coercion*) à la « persuasion » (*persuasion*) en passant par le « volontarisme contraint » (*coerced voluntarism*) et l'« adhésion utilitaire » (*utilitarian compliance*). Dans la contrainte pure, la force est utilisée pour obliger ou empêcher la personne de faire quelque chose. Dans le volontarisme contraint, une des parties utilise une sanction négative pour obliger ou empêcher la personne de faire quelque chose ; l'auteur donne l'exemple du « tu signes ou je signe » pour faire accepter à l'utilisateur une HL (Hospitalisation Libre) en lui signifiant qu'autrement ce sera une HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers). Dans l'adhésion utilitaire, les intervenants proposent des ressources souhaitées (hébergement, par exemple) en échange d'un comportement demandé à l'utilisateur (par exemple, suivre un traitement). Enfin, dans la persuasion, autant l'intervenant que l'utilisateur peuvent mettre fin à la relation, relation qui est basée sur la confiance et l'accord de

---

<sup>1</sup> Ces deux extrêmes sont rarement ainsi nommés dans les discussions de l'équipe, ni dans leurs entretiens. Les intervenants en parlent comme des exemples extrêmes de mauvaise pratique professionnelle, comme trop faire (sur-interventionnisme) ou pas assez (sous-interventionnisme).

l'usager. Cette dernière manière d'obtenir un comportement ou une action peut être comparée à ce que j'ai appelé le travail pour *créer une demande ou faire accepter* une proposition ; notamment dans le sens où il faut obtenir la confiance de l'usager, d'autant plus que celui-ci peut à tout moment mettre fin à la relation avec l'intervenant. Les deux premières modalités – contrainte pure et volontarisme contraint - seront à mettre en relation avec ce que je vais étudier ici comme étant une intervention sous contrainte. Comme il s'agit d'un continuum, l'adhésion utilitaire peut s'inscrire autant dans le travail pour *créer une demande ou faire accepter* que dans l'intervention sous contrainte, comme s'il s'agissait d'une transition. Ceci indique une continuité entre le chapitre 6 et celui-ci. Cependant, contrairement à ce qui a été décrit dans le chapitre 6, la particularité de la notion d'intervention sous contrainte, telle que je l'utilise ici, est le rapport au temps : il s'agit d'interventions sur le court terme et il n'est plus possible d'attendre que le travail pour *créer une demande ou faire accepter* porte ses fruits.

Toutefois, j'ai pu constater, comme l'observe Anne Lovell, que l'existence de la contrainte pure est un élément important pour que les mécanismes moins coercitifs fonctionnent, comme une menace en toile de fond. Ceci m'amène à considérer que l'intervention sous contrainte est ainsi caractérisée en fonction de son objectif et non pas de son résultat, ni des moyens utilisés. En d'autres termes, lorsque l'intervention sous contrainte est décidée, si pour une quelconque raison l'intervenant ne parvient pas à obliger ou empêcher la personne de faire quelque chose, contre son souhait et dans le court terme, ou s'il y parvient sans employer des moyens plus explicites de contrainte, l'intervention n'en demeure pas moins une intervention sous contrainte<sup>1</sup>.

Il faut enfin préciser que, dans ce chapitre, il sera question uniquement des situations de contrainte évoquées par ou en présence de l'EMPP, ainsi que celles effectuées avec sa participation directe. C'est-à-dire que les situations de contrainte gérées par les partenaires et qui n'auront pas été discutées avec l'EMPP ne seront pas intégrées à cette analyse, même si elles concernent des personnes prises en charge par l'EMPP<sup>2</sup>. Je pense par exemple à la

---

<sup>1</sup> Effectivement, parfois l'EMPP tente la contrainte et n'y arrive pas : par exemple, la personne arrive à s'échapper. Mais parfois, au moment de la rencontre, le contexte de la personne a tellement changé, que la décision d'une hospitalisation sous contrainte est abandonnée par les intervenants.

<sup>2</sup> Le nombre exact d'interventions sous contrainte réalisées par l'EMPP est difficile à évaluer. Juste pour avoir une idée des dimensions du phénomène, je dirais qu'entre janvier 2004 et juin 2008, une dizaine de personnes ont été hospitalisées sous contrainte à partir d'une intervention sous contrainte de la part de l'EMPP. Une autre

situation de Stéphanie (p.319) qui a été hospitalisée sous contrainte par la police, sans la participation de l'EMPP, situation qui ne sera donc pas évoquée ici mais qui l'a été dans le chapitre précédent, sur le passage de relais en douceur, car après l'intervention sous contrainte effectuée par d'autres acteurs, l'EMPP a continué son travail pour passer le relais aux équipes de secteur.

Aussi vais-je concentrer la réflexion sur les interventions sous contrainte qui ont pour objectif de « faire venir » les personnes vers l'hôpital, pour deux raisons principales : d'abord, parce que la contrainte n'est légalement prévue que pour les soins à l'hôpital, ce qui veut dire qu'il n'est pas légalement possible de contraindre quelqu'un à se soigner dans un CMP<sup>1</sup>, malgré les demandes argumentées et réitérées de certains acteurs (HAS, 2005 ; Vidon, 1995 ; Piel et Roelandt, 2001), ou dans un LHSS. L'autre raison est que l'hospitalisation est un enjeu majeur du travail d'interface avec les structures du social : les partenaires réduisent souvent le travail de la psychiatrie à l'hospitalisation à tel point que demander à la psychiatrie de « faire quelque chose » est souvent synonyme d'une demande d'hospitalisation. C'est ce que montre la situation de Madame Dujardin (voir p.217) : tout le travail de l'EMPP qui passait trois fois par semaine pour *créer une demande ou faire accepter* a été assimilé à ne rien faire (« ça faisait des semaines qu'ils étaient au courant, ils ne faisaient rien » disaient les partenaires) et ce n'est que lorsqu'elle a été hospitalisée que les partenaires ont considéré que la psychiatrie avait enfin fait quelque chose.

Je me permets encore une remarque générale relative aux hospitalisations sous contrainte des personnes vivant dans les circuits de rue, pour comprendre le contexte incertain dans lequel elles sont ou non décidées, mises en place et légitimées. En lisant les « *Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* » (HAS, 2005), j'étais surprise de constater que les critères listés dans ce document suffiraient à justifier l'hospitalisation sous contrainte de la grande majorité des personnes rencontrées par l'EMPP, notamment en ce qui concerne l'incurie et la prise d'alcool ou de toxiques.

---

dizaine a fait l'objet d'une participation de l'EMPP à la décision de l'hospitalisation, sans que celle-ci participe physiquement à l'intervention, notamment au transport de la personne vers un service de soins. Finalement, une autre dizaine d'interventions sous contrainte ont été tentées avec la présence de l'EMPP, et abandonnées au cours de l'intervention.

<sup>1</sup> Sauf dans certains cas très particuliers et qui sont encadrés par une autre réglementation, comme celui de l'injonction thérapeutique, qui correspond à une remise de peine contre obligation de soins.

Cependant, ce document conclut qu'il est difficile de préciser les critères pour une hospitalisation sous contrainte ; que les éléments pour une telle indication sont au mieux précisés par les termes de la loi, que nous avons vu plus haut ; et que « *la décision est finalement la résultante du respect de l'autonomie et de la prévention du risque*<sup>1</sup>. Elle prend en compte différents facteurs, à la fois somatiques, psychiatriques et environnementaux » (HAS, 2005, p.73). Cependant, en dehors de ces trois facteurs - qui sont liés à la personne et à son contexte -, un autre facteur m'est apparu essentiel à la compréhension de cette décision, lié cette fois-ci aux intervenants et à leur relation aux usagers : les conceptions des intervenants sur l'hospitalisation. Une réflexion semblable est développée par Albert Ogien et Michael Toledo (1986) qui montrent que ce ne sont pas les caractéristiques propres au patient en tant que malade (le diagnostic ou la gravité du trouble) qui déterminent la décision de l'hospitalisation<sup>2</sup>, mais des caractéristiques qui définissent sa relation avec les professionnels<sup>3</sup>.

Il est à remarquer que ces auteurs abordent l'hospitalisation d'une façon différente de celle traditionnellement utilisée par les travaux en sciences sociales. Ceux-ci saisissent l'hospitalisation comme un fait brut dont la signification se déduit, de façon immédiate et systématique, d'une interprétation préconçue (ces deux auteurs citent deux groupes d'études, un plus qualitatif – R. Castel (1976), M. Foucault (1972), M. Gauchet et G. Swain (1981) - et l'autre plutôt statistique). Dans leur étude, A. Ogien et M. Toledo souhaitent examiner l'hospitalisation en tant qu'accomplissement pratique qui se produit au cours d'un échange et dont le sens se constitue et se transforme dans la durée de cet échange. Autrement dit, il ne s'agit pas de considérer l'hospitalisation comme un fait statique mais à partir de la question de son sens, donc comme un processus pour construire sa légitimité. C'est de cette manière que je souhaite envisager l'hospitalisation. D'où l'importance de m'intéresser non seulement aux aspects liés à l'usager et à son environnement, comme prévoit la loi à propos des hospitalisations sous contrainte, mais aussi aux aspects liés aux intervenants et aux relations

---

<sup>1</sup> On voit bien que les hospitalisations sous contrainte se situent entre le respect de l'autonomie et la prévention du risque, entre le « respect des libertés individuelles » et la « non-assistance à personne en danger », entre l'évitement du *sur-interventionnisme* et du *sous-interventionnisme*.

<sup>2</sup> Dans leur cas, il ne s'agissait pas d'hospitalisations sous contrainte, car ils ont étudié trois types de services accueillant des patients psychiatriques dans une région de la Belgique : un service ouvert d'hôpital psychiatrique, un service psychiatrique d'hôpital général et un service de médecine interne d'hôpital général.

<sup>3</sup> Sandra Jacqueline (2006) montre comment l'orientation théorique des professionnels de la psychiatrie induit des grandes différences dans leurs pratiques, notamment dans le statut du patient, dans les deux services étudiés, l'un d'obédience psychanalytique et l'autre, psychopharmacologique. Au contraire de ce qui se passe dans son étude, où la référence à une orientation théorique est forte et assez homogène dans chacun des services, sur mon terrain, la diversité et le composit sont de mise. Je prends en considération les conceptions des professionnels, rarement théoriques du reste, mais je les analyse dans la confrontation avec celles des autres acteurs.

entre les acteurs. Ces auteurs attribuent ce changement de perspective (d'un regard sur l'hospitalisation en tant que donnée brute vers un regard plutôt relationnel et évolutif) à la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations, qui fait qu'actuellement il est nécessaire beaucoup plus négociier pour obtenir une hospitalisation et sa prolongation. Ces négociations sont d'autant plus intenses, concernant la population vivant dans les circuits de rue, que celle-ci ne présente pas une grande valeur mobilisatrice pour les équipes (N. Dodier et A. Camus, 1997).

La discussion présentée par A. Ogien et M. Toledo (1986), à propos des critères pour l'hospitalisation et des doutes qu'ils suscitent, correspond à ce que j'ai constaté sur mon terrain (risque de mortalité, risque d'ignorer une demande implicite de la personne...). Ils montrent que les décisions d'hospitalisation engagent des échanges conflictuels sur le sens même de la démarche d'hospitalisation. Selon eux, ces conflits portent sur la perception, par chaque intervenant, des actions de l'autre dans un contexte défini par la possibilité d'opposition, d'interprétation ou d'intérêt. Les auteurs mettent l'accent sur le caractère négocié de la légitimité d'un séjour hospitalier et je montrerai que cette négociation a lieu non seulement durant le séjour, mais aussi avant (prise de décision, mise en place) et après. Ces auteurs observent ces conflits entre les équipes et les usagers, dans un lieu précis (l'unité d'hospitalisation), alors que mes observations ont lieu dans une multiplicité d'endroits, et concernent différents professionnels, de différentes équipes et institutions, à partir de logiques très différentes, ce qui augmente considérablement la complexité des négociations. Enfin, il faut remarquer que, dans leur étude, les acteurs qui décident de l'hospitalisation sont les mêmes qui la gèrent, de l'admission à la sortie. Dans le cas de l'EMPP, comme elle n'a pas de lits d'hospitalisation, elle peut prendre la décision de tenter d'hospitaliser mais elle n'a aucun moyen de garantir que la personne sera effectivement hospitalisée par le service de psychiatrie concerné. Elle ne décide pas non plus de la fin du séjour. Ceci n'est pas sans influence sur la décision de tenter une telle intervention.

Une fois posée la toile de fond relative aux aspects légaux et sociologiques autour de la contrainte et de l'hospitalisation, il convient d'analyser, à partir de données empiriques, ce qui pousse les professionnels à intervenir sous contrainte, en partant des trois conceptions sur l'hospitalisation qui les oriente : l'hospitalisation comme une *solution*, l'hospitalisation comme un *risque*, l'hospitalisation comme une *étape*. Il sera question ensuite des *faits*

*argumentatifs* qu'ils mobilisent pour légitimer leurs conceptions. Je montrerai enfin le travail d'articulation entre les intervenants pour mener une intervention sous contrainte.

### 3. Décider d'intervenir sous contrainte

#### 3.1. Les trois conceptions des intervenants sur les hospitalisations

Lorsqu'une hospitalisation (y compris sous contrainte) est évoquée, les intervenants prennent position et agencent leurs arguments à partir de trois manières d'envisager l'hospitalisation pour établir la pertinence et la légitimité d'une telle mesure : *l'hospitalisation comme une solution*, *l'hospitalisation comme un risque* et *l'hospitalisation comme une étape*. Ces trois types de conception diffèrent selon la temporalité considérée pour analyser la situation : une temporalité plus restreinte (celle du moment entendu comme une crise) ou plus large (celle du trajectoire de la personne et de sa prise en charge). En fonction du type de conception, les interventions seront qualifiées différemment : *intervention ajustée*, *non-intervention ajustée*, *sur-interventionnisme* et *sous-interventionnisme* (voir à l'introduction, figure 1) .

##### a. L'hospitalisation comme une *solution*<sup>1</sup> :

Les considérations de ce type cherchent à montrer la pertinence et la légitimité d'une hospitalisation dans les plus brefs délais et donc sous contrainte si besoin. Elles focalisent le moment où l'hospitalisation est évoquée et celui de sa mise en place, laissant de côté les questions relatives à la période de l'hospitalisation et de l'après hospitalisation, ainsi que la trajectoire de la personne jusque-là. Il s'agit d'une logique problème-solution dans une temporalité à court terme, qui s'occupe de savoir si l'hospitalisation peut régler le problème immédiat qui apparaît comme une situation de crise<sup>2</sup>. Ce sont surtout les travailleurs sociaux mais aussi les soignants, y compris de l'EMPP, qui évoquent ce type de considération : « ça

---

<sup>1</sup> Cette conception est probablement à lier avec une tendance générale de la réponse à l'urgence, dans le social, dans le sanitaire mais aussi plus particulièrement dans la psychiatrie. Comme le dit Charles Alezrah (2002) : « *le risque existe d'un glissement des réponses psychiatriques, à l'instar de l'ensemble du dispositif sanitaire, vers un type d'organisation structuré autour de la notion d'urgence, plus que dans le temps et le lien, ce qui serait en contradiction avec l'esprit de la sectorisation, mais également avec la nature même du fait psychopathologique.* » (p. 6)

<sup>2</sup> Voir A. Lovell (1996c) au sujet de la construction sociale d'un cas d'urgence psychiatrique, dans la rue. Cet article se base sur l'activité d'une équipe mobile d'urgence psychiatrique spécifique pour les sans-abri malades mentaux.

ne pouvait pas continuer, on ne pouvait pas laisser ça comme ça, il fallait faire quelque chose, on l'a fait hospitaliser, on a bien fait son boulot. » C'est ce qu'exprime Philippe, 46 ans, travailleur social d'un centre d'hébergement :

*« On a dit avec le Dr Vidal, parce qu'il y a que lui qui est prêt à bouger à ce niveau-là, il a dit : ' il faut prendre une décision, il faut s'en occuper, il faut faire quelque chose, il faut arrêter de tergiverser pendant 107 ans, en disant c'est leur liberté, la pauvre femme, etc.' Si, nous, qui sommes responsables, on ne bouge pas, il ne va rien se passer, elles (les personnes en situation de rue) vont venir ici et continueront à se dégrader, à manger leurs poux de corps et c'est plus possible. Donc, elle (la psychologue de l'EMPP) a fait un diagnostic : démence sénile et il faut intervenir. Quand on est intervenu, on a pris un camion, on l'a emmenée (Madame Dumont) à Saint-Antoine et si on ne l'avait pas fait...*

*AM : Elle en est où ?*

*Là, elle est au LHSS alors qu'à l'époque elle était là et puisqu'il y avait soi-disant rien à faire, elle n'avait pas de papiers. Aujourd'hui, on s'est rendu compte qu'il y a des papiers et je crois qu'elle est pas loin d'avoir une maison de retraite, sinon elle serait morte ici. Madame Dujardin, c'est un peu plus compliqué. Elle est partie, elle est partie. Madame Marchand, si on n'était pas intervenu, si on ne s'était pas un peu bougé, elle serait encore là à traîner. Il y a d'autres gens, on va encore bouger, on va encore être obligé de faire quelque chose de force. Et encore, Madame Marchand ça s'est pas si mal passé que ça, je pensais que ce serait plus dur. C'est moins dur que Madame Dujardin. On s'y est tous mis, on a été six, hop, dans le camion, c'était terminé. Aujourd'hui elle est dans un autre LHSS et a priori... Alors j'ai pas de nouvelles, par contre. »*

On voit bien, dans cet extrait, l'approche de la situation de Madame Marchand en termes de problème-solution, avec la prise en compte d'une temporalité courte et l'illégitimité à ne pas intervenir, quitte à passer par la contrainte : *« il faut faire quelque chose »*. Ainsi, la situation de Madame Marchand est emblématique de la conception de l'hospitalisation comme une *solution*. Madame Marchand était connue de cette structure depuis plusieurs années, ainsi que



d'autres structures de la même institution. Cependant, à un moment donné, les intervenants de ce centre ont trouvé que « ça suffisait comme ça », qu'ils ne voulaient pas assister à ce qu'ils considéraient être sa dégradation, ni être témoins de sa relation jugée douteuse avec un homme qui passait beaucoup de temps avec elle à l'extérieur du centre. En plus, elle donnait des coups de canne aux autres hébergés, voire au personnel du centre, et même aux passants dans la rue en face du centre, créant une situation difficile à gérer au quotidien, autant pour l'équipe dans le centre que pour la direction de celui-ci, par rapport au voisinage. L'équipe du centre d'hébergement et sa direction estimaient que cela ne pouvait plus durer et qu'il fallait « la mettre ailleurs », quitte à utiliser la contrainte. Car tous savaient que Madame Marchand ne voulait pas aller ailleurs, étant bien installée dans cette structure, ayant pris ses habitudes, notamment dans une chambre qu'elle occupait systématiquement : sa chambre.

Une synthèse<sup>1</sup> a donc été organisée par la psychologue de l'EMPP pour décider où Madame Marchand serait orientée, mais il était déjà décidé qu'elle ne resterait plus dans cette structure. Pendant la synthèse et après un rappel des faits récents, chaque participant a évoqué une possible solution et le groupe a discuté des avantages et des inconvénients de chaque proposition. La première idée était de ne plus lui attribuer une place dans la structure, sachant qu'elle avait des ressources<sup>2</sup> (plus que le RMI, donc pas vraiment éligible pour une structure de ce type). Seulement, d'après les membres de l'institution, le risque était qu'elle ne s'installe à la porte de la structure et que cela fasse scandale, comme dans le cas de Madame Dujardin (voir p. 217). La direction de l'institution ayant déjà interdit cette solution, il fallait donc en trouver une autre. L'hypothèse d'une hospitalisation en psychiatrie, une HDT, a été évoquée à plusieurs reprises avant et pendant la synthèse, en insistant sur son discours délirant (selon l'évaluation des travailleurs sociaux) et en le rapprochant du délire de Madame Dujardin. Cependant, d'après la psychologue de l'EMPP, Madame Marchand ne présentait pas de troubles psychiques nécessitant une hospitalisation. Tous étaient assez d'accord sur le fait qu'elle ne serait pas « prise » par le CPOA<sup>3</sup>, raison pour laquelle le projet a été abandonné

---

<sup>1</sup> J'ai participé à cette synthèse avec la psychologue de l'EMPP, le Dr Vidal, le responsable de la structure, la responsable des assistantes sociales de l'Institution Sociale Partenaire et une assistante sociale de la structure.

<sup>2</sup> Cette réalité était connue de longue date, mais n'avait jamais été évoquée pour justifier un refus d'hébergement par l'institution. De plus, une des orientations évoquées était un LHSS, qui a la même condition de ressources pour l'attribution d'une place. Ceci est un exemple d'un fait argumentatif, comme nous allons le voir plus tard : un fait existe et est connu (les ressources de la personne, par exemple), mais il peut ou non être utilisé par les intervenants comme un argument, selon qu'ils en ont besoin pour justifier leur position, notamment leur conception concernant l'hospitalisation.

<sup>3</sup> On voit ici le rôle de philtre joué par le CPOA, avant même que la personne ne lui soit adressée et qu'elle ne soit évaluée par un des professionnels de cette structure.

à chaque fois qu'il fût évoqué. Du point de vue somatique, aucun problème spécifique n'était pointé, mais comme il s'agissait d'une personne âgée, « on lui trouverait bien quelque chose à soigner », comme le disait le Dr Vidal (62 ans, médecin généraliste, depuis 1998 dans l'Institution Sociale Partenaire). Tous s'accordaient sur le fait qu'elle n'accepterait pas d'aller dans un LHSS et pourrait partir d'elle-même s'installer devant le centre d'hébergement. Ainsi, ils continuaient d'évoquer les possibles solutions avec les empêchements : pas possible pour les lits infirmiers, pas possible pour la psy ... aux urgences, alors. Cette proposition comportait le même inconvénient que le LHSS, à savoir qu'elle pouvait repartir aussitôt arrivée : même si elle ne marchait pas, elle pouvait faire venir un taxi et se faire aider par son ami. La solution a été trouvée de préparer cette hospitalisation en contactant le médecin responsable des urgences dans cet hôpital, que le Dr Vidal connaissait bien, pour lui expliquer la situation et garantir que cette dame soit reçue et retenue pour des soins somatiques. Ce médecin estimait qu'il était de son devoir d'intervenir, même contre l'avis de la personne, comme il nous l'explique :

*« Madame Marchand s'est présentée à la sortie avec des sacs énormes. J'ai donc dit : « Madame Marchand va attendre avec ses sacs, elle va se fatiguer un petit peu ». J'ai pris Madame Marchand, j'ai pris les sacs un petit peu de force mais sans plus. J'ai mis les sacs dans la voiture, j'ai mis Madame Marchand de force dans la voiture. J'ai arraché de force les béquilles qui commençaient à brandir. Elle est partie à LHSS Maubeuge et je pense que, pour l'hiver, Madame Marchand sera mieux et j'ose espérer qu'on trouvera une solution avant. Le cas s'est produit pour Madame Dumont aussi. C'est dans ma voiture qu'elle est partie. Elle était en échec, elle était en échec. Avec les vieilles personnes, il faut surtout protéger (inaudible), une personne qui ne soit pas malade psychiatrique.*

*AM : La question de la contrainte, elle se pose et donc entre la contrainte qui protège et de l'autre côté laisser faire, l'envie de la personne...*

*Pas sur les vieilles personnes, j'estime de mon devoir d'intervenir sur une vieille personne. Parce que des personnes qui refusent de se soigner, il faut aborder les contraintes, on ne peut pas faire autrement. La loi n'a pas prévu ça, mais on ne peut pas la laisser mourir de froid dans la rue. »*

Madame Marchand a donc été prise de force, mise dans un véhicule de l'Institution Sociale Partenaire et conduite à l'hôpital général : « *On s'y est tous mis, on a été six, hop, dans le camion, c'était terminé.* » Une fois dans le camion, c'était terminé. Il y avait un problème et une solution : le problème était que l'équipe ne pouvait plus accomplir sa mission auprès de cette personne. La solution était de la mettre ailleurs, en l'occurrence, de la faire hospitaliser. Dans leurs réflexions, il n'y a pas de place pour se demander ce qui se passera à la suite de l'hospitalisation, ni même ce qui pourrait se passer pendant l'hospitalisation. « *J'ai pas de nouvelles, par contre* », dit-il. A quoi aura servi cette démarche ? Peut-être à lui sauver la vie, à débloquer une situation qui tournait en rond, peut-être simplement à la changer de structure, peut-être à la mettre encore plus en danger. Peut-être à apaiser les équipes et leurs responsables.

Dans cette conception de l'hospitalisation comme une *solution*, les réflexions se limitent au moment de l'hospitalisation. La décision est prise à partir d'une mise en rapport entre, d'une part, les avantages et inconvénients, les possibilités et impossibilités de continuer la prise en charge telle qu'elle est faite actuellement, éventuellement avec quelques modifications, mais dans une logique de continuité ; et d'autre part, les avantages et inconvénients, les possibilités et impossibilités de mettre en place une hospitalisation (si possible en psychiatrie), dans une logique de rupture avec la situation actuelle. La suite des opérations n'est pas évoquée et si quelqu'un l'évoque, ce type de considération est écarté, comme étant tout à fait secondaire. Ici, la grande question est de savoir si l'état de la personne justifie ou non une hospitalisation<sup>1</sup> et, le cas échéant, comment faire en sorte que la personne arrive à l'hôpital. L'option de la contrainte est un moyen de répondre à la deuxième question, faute d'une réponse plus efficace. Ensuite, il s'agit de savoir qui va effectuer le transport : les pompiers, le Samu, la police, qui sont les acteurs habilités à le faire<sup>2</sup> et, si les agents qui peuvent le faire dans un cadre légal ne le font pas, on le fait soi-même, quitte à dépasser un petit peu, voire beaucoup, ce cadre. Ainsi, cette intervention sous-contrainte a été considérée légitime par les intervenants concernés (*intervention ajustée*), alors qu'elle aurait pu être considérée illégitime (*sur-interventionnisme*). A l'inverse, ils estimaient qu'une non-intervention serait du *sous-*

---

<sup>1</sup> Ce n'est pas qu'on se demande si l'état de la personne *nécessite* une hospitalisation mais si son état *justifie* une hospitalisation : est-ce que la personne est suffisamment malade pour que le CPOA accepte de l'hospitaliser ?

<sup>2</sup> Nous avons vu, dans le chapitre 5, la palette de structures auxquelles l'on peut recourir en cas d'urgence (police, pompiers, Samu, urgences hospitalières, CPOA) ainsi que les rapports des équipes partenaires à ces structures.

*interventionnisme*, car il fallait « faire quelque chose » et « on ne pouvait pas laisser ça comme ça ».

A la limite, même si dans cette conception la réflexion s'arrête à l'admission à l'hôpital, au moment de décider d'une hospitalisation comme une *solution*, les intervenants peuvent penser un tout petit peu plus loin, afin de garantir que la personne ne partira pas de l'hôpital juste après son arrivée et qu'elle revienne alors dans la structure. Ainsi, certains intervenants ont évoqué l'hospitalisation en psychiatrie, non pas par rapport à l'état psychique de la personne, mais parce qu'elle peut être faite sous contrainte et obligeant de plus la personne à y rester. Tandis qu'en hôpital général, si la personne décide de partir, rien ne peut la contraindre à rester, sauf si l'on peut compter sur la collaboration des partenaires sur place, comme dans la situation de Madame Marchand. Cette collaboration ne se traduit pas par une contrainte physique (porte fermée à clé, par exemple) mais par des tentatives plus ou moins importantes pour convaincre la personne de rester, qui pourraient ressembler à un travail pour *créer une demande ou faire accepter*<sup>1</sup> ou aux deux derniers types de contrainte analysées par Anne Lovell (« adhésion utilitaire » ou « persuasion »). En revanche, dans le cas de l'hospitalisation sous contrainte, comme l'on part du principe que la personne est dans l'incapacité de juger, on peut restreindre sa liberté d'aller et venir et donc la contraindre à rester hospitalisée, en utilisant la contrainte pure. Cela est un élément pour comprendre comment, malgré le cadre assez restreint dans lequel les interventions et les hospitalisations sous contrainte peuvent légalement être effectuées, lorsque l'équipe partenaire n'arrive plus à accomplir sa mission auprès d'un usager, elle peut solliciter l'EMPP pour sa possibilité d'intervenir légalement sous contrainte, pour peu qu'elle puisse attribuer son comportement à un trouble psychique. C'est ainsi, qu'un médecin de l'Institution Sociale Partenaire, estimant qu'un de ses patients était psychotique, souhaitait qu'un psychiatre établisse ce diagnostic car, selon lui, cela lui permettrait de l'hospitaliser sous contrainte et de soigner sa tuberculose. Par contre, un autre médecin (40 ans, travaillant dans cette même Institution depuis plus de 5 ans) exprime son scepticisme quant à l'utilité des hospitalisations sous contrainte :

*« Un soin de contrainte, ça n'a jamais fonctionné, en tout cas ici. C'est des questions qui se sont posées tout à fait régulièrement, mais je crois que personne*

---

<sup>1</sup> Cependant, nous avons vu dans le chapitre 6 que les hôpitaux généraux ne mettent pas l'accent de leurs interventions sur l'accroche ou l'appriovisoement des usagers.

*n'a les outils pour les appliquer. Tu veux parler par exemple d'un patient qui veut pas se faire soigner, etc. ?*

*AM : Ou autre chose, par exemple la tuberculose, c'est une maladie qui est longue ou pour un ulcère, un cancer, la personne ne veut pas se soigner, elle se sauve à chaque fois. Est-ce qu'on a déjà pensé à la psy comme manière de forcer la personne à se soigner ?*

*La forcer comment ?*

*AM : En faisant une HDT.*

*Une HDT où ?*

*AM : Dans un hôpital psychiatrique.*

*Tu penses que c'est dans un hôpital psychiatrique qu'on va soigner une maladie somatique.*

*AM : Moi je n'en sais rien, mais il y en a qui le pense.*

*Non, ça ne marche pas, ça ne marche pas. Il y a eu quelques hospitalisations en médecine, à Esquirol, ça a toujours été extrêmement acrobatique et ça s'est toujours quasiment mal terminé.*

*AM : Je peux dire que la question se pose et c'est pas rare.*

*Oui, mais ça marche pas.*

*AM : Dernièrement, il y avait une dame, on ne savait plus quoi faire pour elle, elle débloquait un peu et on s'est dit : on va faire une HDT.*

*Et alors, ça a donné quoi ?*

*AM : Alors, elle est partie aux urgences, on l'a gardée et finalement comme elle ne pouvait pas se sauver, on n'a pas eu besoin d'utiliser la HDT, mais la question était posée.*

*Et si l'HDT avait été faite, tu restes persuadée qu'elle n'aurait pas été levée au bout de 48 heures ? Parce que c'est souvent ce qui se passe. C'est toujours ce qui se passe. »*

Ce médecin montre la fragilité d'une hospitalisation sous contrainte comme solution pour permettre les soins et sa réflexion va au-delà du moment de l'hospitalisation. Il ne pense pas à l'hospitalisation comme une *solution*, il pense à ce qui va se passer pendant l'hospitalisation (la personne sera ou pas soignée, restera ou pas le temps nécessaire) et après l'hospitalisation : « *ça s'est quasiment toujours mal terminé* ». Cette manière de voir est caractéristique de la conception de l'hospitalisation comme un *risque*, comme nous allons le voir à présent.

#### b. L'hospitalisation comme un *risque* :

Ce type de considérations cherche à montrer qu'hospitaliser une personne vivant dans les circuits de rue représente en soi un problème. Encore plus lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation sous contrainte, et cela même si la personne nécessite des soins. Ce type de considération prend en compte une temporalité plus large en mettant en évidence l'incertitude relative à la suite de la prise en charge, sociale et sanitaire, une fois la personne hospitalisée et en situant l'épisode présent dans la trajectoire connue de la personne jusque-là. Dans cette perspective, les considérations tournent autour de quatre aspects :

- la difficulté d'établir la nécessité d'une hospitalisation dans le contexte de la rue (la personne a-t-elle un trouble psychique et, le cas échéant, a-t-elle besoin d'être soignée à l'hôpital ?) ;
- l'utilité d'une hospitalisation (est-ce que l'hospitalisation représentera une amélioration dans la vie de la personne ?<sup>1</sup>) ;

---

<sup>1</sup> Marie-Noel Noirot et al. (2000) en parle dans ces termes : « *Certains patients psychotiques peuvent s'écarter des systèmes de soins et trouver un pseudo-équilibre dans une clochardisation. Cette existence, où la survie devient un combat quotidien, est parfois conçue comme ayant une fonction défensive contre un morcellement dissociatif.* » (p. 767). Cela est aussi affirmé dans le rapport Psychiatrie et grande exclusion (1996). Une

- la rupture d'avec son milieu et les conséquences qui en découlent (non seulement il n'est pas sûr que l'hospitalisation aide la personne mais en plus elle peut provoquer des conséquences fâcheuses) ;
- enfin, et plus particulièrement dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, l'éventuelle, voire probable, perte de confiance de la personne en l'équipe et les conséquences qui en découlent<sup>1</sup>.

Les trois premiers aspects ont été discutés dans le chapitre précédent, dans lequel il était question de passer le relais de la prise en charge aux équipes de secteur psychiatrique, notamment à partir d'une hospitalisation. Ils montrent le risque que peut représenter une hospitalisation libre pour les personnes vivant dans les circuits de rue et sont également évoqués lorsqu'il s'agit d'hospitalisation sous contrainte<sup>2</sup>. En effet, ce mode d'intervention ajoute, aux risques déjà présentés, le risque que les personnes, avec ou sans domicile, en veulent à ceux qui les ont fait hospitaliser sous contrainte. C'est une des raisons pour lesquelles les familles et les tuteurs préfèrent, si possible, éviter de signer l'HDT<sup>3</sup>. Dans le cas des personnes vivant dans les circuits de rue, l'EMPP considère avoir eu tant de difficultés à établir un contact avec la personne, à tisser un lien de confiance pour permettre de *créer une demande ou faire accepter*, qu'elle ne mettra ce lien en danger que si les avantages potentiels sont de taille. En effet, nous l'avons vu dans le chapitre 6, une des raisons qui fonde la nécessité pratique d'obtenir l'accord de la personne, plutôt que d'intervenir sous contrainte, est le risque que la personne fasse défection (A. Hirschman, 1995). L'EMPP sait que, compte tenu des possibilités qui se présentent à la fin de l'hospitalisation, la personne se retrouvera

---

hospitalisation pourrait supprimer cette défense et rompre ce pseudo-équilibre, sans pour autant proposer une possibilité de reconstitution d'un nouvel équilibre, comme nous avons vu dans le chapitre 7.

<sup>1</sup> Vincent Girard (2003) rassemble des articles montrant l'échec d'une équipe qui avaient pour but de favoriser l'accès aux soins à partir d'hospitalisations sous contrainte. Depuis, la plupart de ce type d'équipes mobiles aux Etats Unis préconise l'établissement d'une relation de confiance avec les personnes vivant dans les circuits de rue et plus que cela, que l'intervenant devienne un « *autre signifiant, sorte d'alter ego auquel le client veut plaire. Une relation positive et solide crée les conditions favorables à l'émergence de la perception d'un besoin d'aide et de l'expression de ce besoin en mots et en actes, ce qui constitue le passage incontournable vers la guérison.* » (p.44).

<sup>2</sup> « *L'impact négatif de l'hospitalisation sans consentement n'est pas bien étudié, mais ne serait pas à négliger* » (HAS, 2005, p.9)

<sup>3</sup> « *La participation de l'environnement familial et social à la mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement et sa nécessaire implication dans les soins sont peu évoquées dans la littérature. En particulier, les difficultés pouvant résulter d'une demande d'hospitalisation sans consentement rédigée par un tiers directement impliqué dans la relation avec la personne du fait de certaines pathologies (paranoïa) ou situations (conflit conjugal ou familial) ne sont pas mentionnées. Ces difficultés semblent pourtant fréquentes.* » (HAS, 2005, p.9, 10). Il est même prévu les modalités selon lesquelles les personnes hospitalisées sous contrainte peuvent ou non avoir accès à l'information sur l'identité et l'adresse de la personne qui s'est présentée comme tiers, dans le cas de l'HDT, et du médecin certificateur en cas de HO. (HAS, 2005, p.18)

probablement dans les circuits de rue, avec tous les inconvénients déjà énoncés et, de plus, sans le lien avec l'équipe<sup>1</sup>, qui la protégeait tout de même, veillait sur elle avec ces rencontres régulières et laissait ouverte la possibilité d'un futur accès aux soins<sup>2</sup>. Ainsi, face à ces risques, la non-intervention peut-être légitimée (*non-intervention ajustée*). Dans ce cadre, la contrainte pose un problème supplémentaire, alors que dans la conception de l'hospitalisation comme *solution*, la contrainte représente une solution supplémentaire.

Reprenons la situation de Madame Dujardin (voir p.217) : durant un certain temps, une partie de l'EMPP a évoqué les arguments plutôt du type *solution* (pour résumer : « il faut faire quelque chose et comme elle n'accepte rien, il faut l'hospitaliser sous contrainte »), tandis que l'autre partie de l'équipe évoquait des arguments du type *risque* (notamment sur l'aspect de la nécessité de l'hospitalisation). Cependant, lorsque l'hypothermie de Madame Dujardin a été constatée, tous les acteurs s'accordaient à dire qu'il n'y avait qu'une *solution* : l'hospitaliser, car la préservation de sa vie physique, dans le cadre de cette urgence vitale bien configurée, était prioritaire à toute autre considération sur la suite de la prise en charge. Ainsi, si au départ la non-intervention était considérée comme *ajustée*, face au risque vital elle serait considérée comme de la non-assistance à personne en danger (*sous-interventionnisme*). Ceci montre que ces trois types de conception ne sont pas des positions figées ni par rapport à chaque prise en charge ni par rapport à chaque intervenant. Elles peuvent au contraire varier et évoluer selon les intervenants et selon les contextes. Il reste à énoncer la troisième conception de l'hospitalisation, qui met en perspective les deux premières.

### c. L'hospitalisation comme une *étape*

Une hypothèse présente dans le raisonnement des intervenants psychiatriques, surtout chez les équipes de secteurs lorsqu'il s'agit de contraindre quelqu'un aux soins, est qu'étant traitée - ses symptômes apaisés, après une, deux ou plusieurs hospitalisations sous contrainte - la personne finit par identifier les bienfaits du traitement et peut ainsi accepter ou demander librement les soins. Dans ce sens, l'hospitalisation sous contrainte peut être considérée

---

<sup>1</sup> Voir à ce propos M.N. Noirot, F. Descarpentiers et A. Mercuel (2000).

<sup>2</sup> C'est pourquoi lorsque la personne a été hospitalisée par l'intervention d'autres équipes que l'EMPP en question, notamment en cas d'HO, cette équipe continue ou commence avec la personne un travail de passage en douceur : la confiance entre la personne et les intervenants n'a pas souffert. D'autre part, comme il s'agit dans cette étude de comprendre la place de l'EMPP, il importe d'analyser les situations où l'équipe intervient en douceur et celles où l'équipe intervient sous contrainte.



comme une *étape* nécessaire de certaines prises en charges. C'est ce qu'exprime cette équipe de secteur :

*« Ces patients qui n'ont plus aucun support social nécessitent des modalités de prise en charge particulières avec notamment une hospitalisation initiale très longue permettant outre l'instauration du traitement médicamenteux, l'établissement de liens de confiance avec une équipe soignante, liens qui seuls leur permettent d'accepter qu'ils sont malades, et d'autre part, d'envisager une modification de leur mode de vie. (...) Cette modalité de prise en charge, seule, a permis à ces patients de trouver à l'extérieur un mode de vie stable mais répondant à leur besoin de liberté. » (Kerneis H., Danquigny C. et Digonnet M.E., 1998, p.1)*

Cette opinion est également exprimée par les professionnels du secteur (infirmiers, médecins et assistants sociaux) dans les entretiens<sup>1</sup> : ils considèrent que l'hospitalisation, longue et/ou répétée, est essentielle pour créer une accroche avec la personne et entamer un processus autant thérapeutique que d'accès au logement, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Ces professionnels ont cité des situations qui n'ont pu donner des résultats qu'au bout de plusieurs années (4 ou 5 ans, voire plus) et suite à des nombreuses hospitalisations, le plus souvent sous contrainte.

A ce propos, Guy (psychiatre de l'EMPP) explique comment il pensait, lorsqu'il travaillait dans une structure psychiatrique classique, que l'hospitalisation sous contrainte pourrait fonctionner comme une *étape* pour que la personne accède aux soins de son propre choix. Il explique également comment a évolué, au long de sa pratique dans l'EMPP, sa façon de voir le bien fondé d'une hospitalisation pour les personnes à la rue, notamment sous contrainte.

*« Mais la première fois que j'ai rencontré ces deux personnes (Maurice Lepage et Patrick Perrier), il y a 5 ans, puisque je les connais maintenant depuis 5 ans – c'est ça qui est assez intéressant – c'est que je me suis dit : mais c'est pas possible, vu l'état de leur pathologie, il y a une nécessité absolue, ils devraient bénéficier de soins. Je sortais d'un bel hôpital psychiatrique malgré tout, un*

---

<sup>1</sup> Voir l'encadré 2, page 287.

*schizophrène comme ça, je bosse pour qu'il ait son traitement, qu'il l'accepte, quitte à ce qu'il y ait de la contrainte au départ pour qu'il puisse après accepter son soin, en disant : c'est sa folie qui fait que. Là, en l'occurrence, ils sont dans une pathologie tellement chronique, au bout de 4-5 ans que je les connais, que je vois comment ils s'en dépatouillent de leur schizophrénie, de leur psychose, je ne me bats plus avec l'idée qu'il faut absolument qu'ils aillent à l'hôpital psychiatrique. Je ne vois pas maintenant qu'est-ce qui ferait qu'ils vont se sentir beaucoup mieux, qu'ils vont changer leur vie, qu'ils vont pouvoir faire un projet autre. Je vois pas. Je vois pas en quoi ça pourrait les aider, même si l'un d'entre eux, Patrick en l'occurrence, il y passe des mois à l'hôpital psychiatrique. Il y a passé encore récemment six mois. Il y a deux ans, il y a passé six mois aussi. Il y a 3 ans et demi, il y est passé très longtemps. A un moment donné, dans un LHSS, je sais qu'il y avait passé 8 mois, ils avaient rétabli plus ou moins ses droits, etc. Mais lui, de son point de vue, prendre un neuroleptique ou ne pas en prendre, il vaut mieux qu'il n'en prenne pas.*

*AM : De son point de vue ?*

*De son point de vue à lui. De mon point de vue parce que, malgré tout, quand il a un neuroleptique, ou comme il en a un récemment, on peut engager un dialogue plus facilement. Il est moins délirant, on parle plus facilement. Mais ça s'arrête là.*

*AM : Du point de son vécu, de voir passer des cercueils, ça doit quand même vous embêter. S'il les voit, il pourrait dire : je me sens mieux. Mais non, il préfère ne pas prendre son traitement.*

*Malgré ça et du fait qu'on travaille là-dessus, en lui expliquant : « mais attendez, Patrick, vous étiez autrement, là vous êtes particulièrement bien ». Justement on lui rappelle ces périodes parce qu'il s'en souvient. Il se souvient parfaitement comment il a pu être à un moment donné. Malgré tout ça, ça ne change pas grand-chose. Alors du coup, c'est plus un combat, enfin je mets plus la barre*

*aussi haut qu'au départ quand j'ai commencé, pour ce qui est du soin à tout prix dans un lieu de soin spécifique, etc. (...)*

*AM : Ca me fait penser à comment on intervient, nous, par rapport à ce choix, si on essaye de répondre ou de construire une demande ou si on prend au premier degré et c'est ce qu'il va choisir et on suit.*

*Oui, mais il y a l'excès inverse. Si on se dit que sa pathologie vient obscurcir son jugement et qu'au bout du compte, il n'a pas le choix parce qu'il est malade, à ce moment-là, on n'a même pas besoin de discuter, on met un fourgon, on met les gens dans le camion et on les emmène directement à l'hôpital et puis on fait le certificat ad hoc pour dire : « il a besoin de soins ». Il y a ces deux options qui sont aussi cyniques l'une que l'autre. Et je pense qu'elles sont aussi dangereuses l'une que l'autre. Elles sont aussi dangereuses l'une que l'autre. C'est pour ça, enfin c'est pour ça, depuis 5 ans, l'idée, c'est de rentrer en lien avec ces gens-là, c'est-à-dire il faut être invité à pouvoir parler avec eux sur leur territoire et pas forcément lui apporter un gâteau, un café ou quoi que ce soit. Ne pas leur dire systématiquement : « bon maintenant, il faut aller à l'hôpital », accompagné ou non d'une certaine violence pour ce faire. On navigue entre ces deux extrêmes. »*

Dans cet extrait, il est possible de relever un changement de conception de l'hospitalisation, à partir de l'expérience dans un contexte particulier. Au début de ses activités dans l'EMPP, Guy envisageait l'hospitalisation sous contrainte comme une *étape*, qui le faisait penser qu'« *un schizophrène comme ça* » doit avoir son traitement, quitte à passer par la contrainte au départ, pour permettre à la personne d'accepter son traitement par la suite, une fois que celui-ci lui aurait rendu sa capacité à discerner et à consentir. Avec le temps et la pratique, ce psychiatre passe à une conception de l'hospitalisation qui a intégré ses risques et qui a relativisé ses bénéfices pour les personnes en situation de rue. Il montre aussi la difficulté pour l'intervenant de se positionner dans chaque situation entre les deux extrêmes (le *sur-interventionnisme* et le *sous-interventionnisme*) ; ou dans des termes plus juridiques, entre l'atteinte aux libertés individuelles, d'une part, et la non-assistance à personne en danger, d'autre part.

Chacune de ces trois conceptions de l'hospitalisation (comme *solution*, comme *risque* et comme *étape*) se voit comme la bonne position entre ces deux extrêmes. La première, restreinte à un rapport problème-solution, prend en considération une temporalité très courte, celle d'un moment qui apparaît comme une crise, pour analyser la situation et penser l'utilité d'une hospitalisation, y compris sous contrainte. La deuxième est un peu plus ouverte à d'autres éléments de la situation et de son contexte, elle considère une temporalité plus large, en amont et en aval du moment critique, ce qui permet de complexifier la relation entre les problèmes identifiés et les solutions possibles. L'intérêt d'une hospitalisation - et *a fortiori* sous contrainte - comme solution se retrouve ainsi considérablement relativisée. La troisième, encore plus ouverte à des éléments qui dépassent le moment critique, prend en compte une temporalité encore plus large et met en perspective, voire en équivalence, les éléments avancés par les deux autres conceptions. Chaque conception met l'accent sur un des aspects sans pour autant en exclure les autres, dans une dynamique de mise en rapport et de hiérarchisation des avantages et des inconvénients. Certains intervenants sont plus enclins à évoquer l'un ou l'autre type de conception, tandis que d'autres peuvent évoquer les différents types de conceptions en fonction de la situation en question.

Chacune de ces différentes conceptions s'appuie sur des *faits argumentatifs* pour montrer sa propre légitimité, ainsi que l'illégitimité du point de vue que les autres cherchent à défendre. Par exemple, un acteur ne cherche pas à illégitimer les considérations sur les risques d'hospitaliser, il reconnaît que ces risques existent. Mais il cherche à les minimiser, à montrer que dans la situation en question, d'autres *faits argumentatifs* sont plus importants à considérer, faits qui indiquent la nécessité d'une hospitalisation rapide, quitte à passer par la contrainte, et qu'il serait illégitime de ne pas le faire, car ce serait du *sous-interventionnisme*.

### 3.2. Des *faits argumentatifs*

Il s'agit de faits présents dans la situation pour laquelle on évoque une hospitalisation et constatés ou acquis comme tels par les intervenants concernés par la prise en charge. Ces faits - une plaie (« monstrueuse »), le froid (intense), une (bonne) capacité à se protéger - sont pointés en tant qu'arguments sur la légitimité d'une intervention ou d'une non-intervention. Ils sont notamment mobilisés dans ce sens pour alimenter l'argumentation à propos des trois

types de conception sur l'hospitalisation. Il faut préciser que ces faits peuvent être présents dans d'autres situations sans pour autant provoquer l'évocation de l'hospitalisation. Aussi, aucun de ces faits en eux-mêmes, pris de manière isolée, n'est nécessaire ou suffisant pour légitimer une hospitalisation sous contrainte. Sans prétendre à l'exhaustivité, je vais citer quelques uns de ces *faits argumentatifs* pour comprendre comment ils sont mobilisés dans chacune des trois conceptions de l'hospitalisation vues précédemment : la présence de troubles psychiques, la présence de troubles somatiques, la période hivernale, la dégradation de l'état de la personne, la perte d'autonomie de la personne et la durée de la prise en charge.

a. Les troubles psychiques :

La présence ou non de troubles psychiques chez une personne, peut évidemment être utilisé comme un argument dans les discussions sur le recours à la contrainte, comme nous l'avons vu, par exemple, dans la situation de Madame Marchand (voir p. 335). Mais, paradoxalement, il est possible que l'EMPP discute longtemps sur le bien fondé de mettre en place une hospitalisation sous contrainte pour une personne, que les uns et les autres présentent des *faits argumentatifs* variés, sans pour autant que la question de la présence d'un trouble psychique ne soit abordée.

b. Les problèmes somatiques :

Lorsque la personne présente un problème somatique que les intervenants estiment nécessiter impérativement de soins – et qu'elle le refuse -, si l'équipe trouve des éléments permettant de soupçonner qu'elle a un trouble psychique, celui-ci pourra être évoqué comme une possibilité pour déclencher une HDT. Encore une fois, la situation de Madame Marchand en est un exemple.

Je pourrais entrer dans le débat de savoir dans quel contexte les partenaires vont estimer qu'il faut absolument soigner un problème somatique : est-ce que cela est lié à la gravité de la pathologie ? Est-ce que cela tient à certains soignants qui sont plus enclins que d'autres à soigner à tout prix, quitte à utiliser la contrainte ? Est-ce que cela tient aux liens créés entre certains patients et certains soignants ? Est-ce lié à une lassitude des équipes partenaires à voir une situation sans issue (ne pas pouvoir accomplir sa mission) ? Est-ce lié à d'éventuelles

pressions politiques ou médiatiques ? Je pense à Patrick<sup>1</sup>, connu des équipes partenaires, atteint d'une pathologie psychiatrique importante et reconnue et aussi d'une pathologie somatique très grave et mortelle, les partenaires n'ont jamais sollicité l'EMPP pour l'hospitaliser, qu'il fasse très chaud ou très froid. Et il avait déjà été récupéré par l'EMPP en hypothermie. De même, pour d'autres personnes ayant des problèmes somatiques graves, les partenaires ne se sont pas autant mobilisés pour les faire soigner quand elles étaient à la rue, ils ont même parfois souhaité les faire sortir de leurs structures quand elles s'y trouvaient hébergées. Cependant, au cours de certaines prises en charge, le problème somatique grave a été mobilisé comme un argument pour justifier une intervention d'exception, telle que les interventions sous contrainte. Il pourrait être intéressant d'analyser dans le détail ce qui pousse les intervenants à estimer que des soins deviennent impératifs, de discuter de la création d'une situation urgence<sup>2</sup>.

On doit ajouter que lorsque le problème somatique n'est pas avéré, il n'est pas rare que l'éventualité de son existence soit évoquée, et cet argument est d'autant plus puissant qu'on ne sait pas de quoi il s'agit. Par exemple, pour deux femmes suivies à la rue par l'EMPP, les intervenants songeaient à la nécessité et à la légitimité d'une intervention sous contrainte en disant : « on ne sait pas ce qu'elle a sous ses bâches /sous ses jupes », en suggérant, par exemple, la présence de plaies surinfectées ou autres, et les esprits s'envolaient en pensant au risque d'une amputation, voire d'un décès par septicémie. Ou comme le disait le Dr Vidal, concernant Madame Marchand : *« au vu de son âge, on lui trouvera bien quelque chose à soigner à l'hôpital »*.

L'imbrication de problèmes psychiques et somatiques dessine souvent un contexte particulier dans lequel parfois la présence du trouble psychique est survalorisée pour permettre les soins somatiques ou, au contraire, le problème somatique est érigé au rang d'urgence vitale pour permettre une intervention psychiatrique sous contrainte. Ces imbrications sont présentes dans les situations de Madame Dujardin et de Monsieur Lemaire (ci-dessous, p.362). Il arrive également que la psychiatrie soit sollicitée pour convaincre une personne, qui du reste ne présente aucun trouble psychique, à soigner ses problèmes somatiques, voire pour penser une stratégie de contrainte.

---

<sup>1</sup> Cette prise en charge a été évoquée aux pages 260, 288 et 336.

<sup>2</sup> Voir à ce sujet A. Lovell (1996c).

### c. La période hivernale

Le froid (intense) est un fait souvent mobilisé pour légitimer une intervention sous contrainte fondée sur une conception de l'hospitalisation comme une *solution*, en argumentant que la personne risquerait une hypothermie. Il s'agit éventuellement d'établir un lien de causalité entre le trouble et le danger, donc de montrer que, par son trouble psychique, la personne n'est pas capable de se protéger du froid et se trouve donc en danger. Néanmoins, outre l'aspect pratique du froid – le risque d'hypothermie –, cet argument est souvent mobilisé dans son aspect moral, comme une raison dite « humanitaire », qui s'exprime par « on ne peut pas laisser un malade dehors par un temps pareil ». A cet argument, ceux qui voient l'hospitalisation comme un *risque* opposent que la canicule est aussi très dangereuse pour les personnes à la rue et qu'on meurt d'hypothermie même avec des températures assez clémentes, car d'autres facteurs sont aussi déterminants comme l'écart entre les températures maximale et minimale de la journée, la consommation d'alcool et autres. Ils ajoutent, le cas échéant, que ce n'est pas le premier hiver que cette personne passe dehors, en considérant une temporalité plus large que le présent, ainsi que des arguments sur l'autonomie de la personne pour faire face à cette difficulté supplémentaire de la vie à la rue, arguments qui seront exposés ci-dessous.

Ainsi, les basses températures peuvent être évoquées comme un catalyseur, un accélérateur du temps de l'intervention, un déclencheur de la contrainte. C'est le cas lorsque l'EMPP ne peut plus attendre que ses techniques pour *créer une demande ou faire accepter* aient un effet ou si elle n'a pas eu le temps de mettre en place ces techniques car, quand elle a été sollicitée, la situation était déjà très critique. Le froid peut aussi être évoqué comme un légitimateur en lui-même : cela fait longtemps que les intervenants estiment que la personne doit être hospitalisée, mais comme elle s'y oppose, il était impossible de le faire, alors que le froid fournit un argument supplémentaire au « on ne peut pas laisser ça comme ça ». Enfin, dans la période hivernale, les citoyens ont une perception des personnes à la rue en tant que personnes à assister (S. Rullac, 2007) et à protéger ; ils téléphonent au 115, interpellent les élus locaux, les médias font plus de reportages sur cette population. Tout cela fonctionne comme une certaine pression sur les services pouvant les accueillir pour assouplir les règles d'admission et pour faire des exceptions. Nous l'avons vu avec la situation de Madame Dujardin : avec le froid, son installation en face de l'institution et sa photo sur un magazine, l'EMPP était

fortement sommée d'intervenir sous contrainte. Il est possible de faire l'hypothèse que si cela s'était passé en été, la question de la contrainte ne serait probablement pas posée<sup>1</sup>. Comme l'a dit Chloé, l'animatrice du centre, dans son entretien cité antérieurement, Madame Dujardin avait passé l'été habillée en hiver, il fallait lui apporter des bouteilles d'eau dans la rue et l'équipe du centre a géré sans demander l'intervention de l'EMPP.

#### d. La dégradation de l'état physique et psychique de la personne

Un autre élément évoqué dans les discussions pour décider d'une hospitalisation sous contrainte, au delà de l'évaluation de la situation telle qu'elle se présente, est la dégradation de l'état physique ou psychique de la personne, évaluée par comparaison avec ce qu'on connaît d'elle. Lors des réunions d'équipe, cela s'exprime par : elle est « égale à elle-même » ou « aussi délirante que d'habitude » ou « plus folle que jamais », « on ne l'a jamais vu aussi sale » ou « aussi persécutée ». Cela peut être considéré dans une temporalité plus courte ou plus longue et les discussions tourneront sur les remarques suivantes : « Tu as vu comment elle est ! On ne peut pas la laisser comme ça, elle est en danger ! », « Oui, mais cela fait longtemps qu'elle est comme ça, puis on l'a déjà vu dans des états encore plus dégradés. On la connaît, elle est comme ça, des hauts et des bas ». S'il s'agit d'une dégradation rapide<sup>2</sup> de l'état général de la personne, cela peut être considéré comme une marque de dégradation psychique pouvant ainsi légitimer l'intervention sous contrainte de l'EMPP. Par exemple, la personne avait un certain niveau d'hygiène et en quelques semaines cela s'est beaucoup dégradé ; ou elle a toujours déliré, mais son attitude devient plus exubérante.

---

<sup>1</sup> Dominique Memmi (2002) montre comment le froid est un critère effectif de la prise en charge de cette population. Elle explique que le seuil de tolérance de la société contribue à la fois à définir l'univers de contrainte des « SDF » tout en leur ouvrant une (très) maigre marge de manœuvre pour échapper à ces contraintes. Ainsi, s'ils sont définis par un état de privation (sans), par un besoin partiellement définissable en termes physiques, ils peuvent aussi exploiter cette définition sociale d'eux-mêmes, qui leur est imposée, comme une stratégie de survie. Et ce, par l'affichage de leur dimension corporelle.

<sup>2</sup> Encore une fois, le critère du temps considéré fait la différence : s'il s'agit d'une dégradation lente, on peut l'attribuer à l'évolution naturelle de la vie à la rue ; mais la dégradation rapide est plutôt attribuée à une dégradation psychique.



#### e. L'autonomie<sup>1</sup> de la personne

Une personne vivant dans la rue depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, qui a su se protéger jusqu'à présent, pour laquelle les intervenants ont constaté qu'elle est capable d'aller en hébergement quand il fait trop froid ou quand elle ne se sent pas bien, ou qu'elle a des riverains ou des commerçants assez mobilisés pour l'aider et capables d'émettre un signalement si besoin, qu'elle sait se trouver un site protégé des intempéries (donc pas un banc au milieu d'un square, mais par exemple un endroit près d'une bouche de chaleur, à l'abri de la pluie et du vent), qu'elle aménage son quotidien pour obtenir ce qu'il lui faut (elle a de la nourriture autour d'elle, des bouteilles, de l'argent...), tout ces signes sont autant d'indicateurs de l'autonomie de la personne, des *faits* qui pourront être mobilisés en opposition à une intervention sous contrainte. Si au contraire, l'intervenant estime ou suppose que la personne n'a pas suffisamment d'autonomie, surtout s'il estime qu'elle est en train de la perdre rapidement, il peut mobiliser ce *fait argumentatif* pour légitimer une intervention sous contrainte<sup>2</sup>. Ceci est un argument basé sur une temporalité plus étendue, caractéristique de la conception de l'hospitalisation comme un *risque*. Dans la conception de l'hospitalisation comme une *solution*, cette temporalité étant réduite, les éléments permettant une évaluation de l'autonomie le sont aussi. Je pense encore à Patrick, qui dort à même le sol, qui n'a pas d'affaires autour de lui (matelas, sacs, duvet, nourriture, cartons...), souvent très sale, une évaluation de son autonomie par ces signes ferait imaginer qu'il n'est pas capable de se débrouiller et, face à ses troubles psychiques et somatiques graves, cela amènerait à penser à une hospitalisation sous contrainte. Or, la longue prise en charge par l'EMPP montre exactement le contraire, comme l'a dit le Dr Guy Mallet dans l'extrait plus haut.

---

<sup>1</sup> J'utilise ici le terme autonomie dans un sens faible et double : d'une part, capacité de s'autodéterminer (prendre des décisions pour soi) et d'autre part, capacité à se débrouiller. Plusieurs travaux se sont intéressés récemment aux questions d'autonomie, notamment en rapport avec la psychiatrie. Pour une discussion sur les différentes conceptions sur l'autonomie, voir par exemple, B. Eyraud (2006) ou S. Jacqueline (2006).

<sup>2</sup> Anne Lovell (1996c) expose certains critères permettant la décision d'une intervention sous contrainte et en urgence par une équipe mobile d'urgences psychiatriques spécifiquement dédiée aux sans abri. « *Il faut pouvoir montrer que la personne souffre d'un trouble psychiatrique sévère et qu'elle ait négligé ses besoins essentiels (se nourrir, s'habiller, s'abriter, demander des soins médicaux si nécessaires) ou qu'elle fasse preuve d'une incapacité, découlant d'un trouble psychiatrique, de se protéger des dangers évidents ; et qu'il y ait risque de danger physique dans un avenir prévisible* » (p. 153).

#### f. La durée des situations

Souvent, quand certaines situations « traînent », les intervenants souhaitent « faire quelque chose » et cherchent des alternatives qu'ils n'ont pas encore tentées. Dans ce cas, hospitaliser la personne est l'une des options plus ou moins possibles, avec d'autres, comme interrompre la prise en charge ou transférer la personne vers une autre structure sociale. Cependant, la durée met également en évidence une connaissance de la personne et de son contexte qui permet de mettre en perspective la situation telle qu'elle se présente à un instant donné.

Il est rare que les interventions sous contrainte de l'EMPP (effectuées ou évoquées) soient légitimées uniquement par l'état psychique de la personne. D'ailleurs, toutes les situations de contrainte observées - qui ne sont pas nombreuses, comme je l'ai déjà mentionné - nécessitaient plusieurs de ces *faits argumentatifs* pour d'une part se légitimer (aspect moral) et d'autre part, pouvoir se mettre en place concrètement (aspect pratique). Car même si tous les intervenants estiment qu'il est légitime de prendre une personne sous contrainte et l'amener à l'hôpital, il faut encore avoir les moyens de le faire : des moyens argumentatifs pour le légitimer (une hypothermie, un trouble de l'ordre public...) et des moyens matériels pour sa mise en place concrète (un véhicule, des personnes habilitées – la police, les pompiers...).

Comme il a été montré dans le chapitre 5 (« on gère »), les demandes d'intervention sont plutôt sélectives en fonction des quatre critères cités, notamment lorsque l'équipe partenaire estime qu'elle ne peut pas accomplir sa mission. Parfois les demandes ne sont formulées qu'au moment où il existe un certain degré d'urgence, comme dans le cas de Madame Dujardin, et la question de la contrainte se pose d'emblée. C'est justement pour éviter de se trouver dans cette position que l'EMPP demande à être sollicitée en amont, de manière moins sélective. Autrement dit, qu'elle puisse intervenir sur les situations avant qu'elles ne posent un problème aigu. L'EMPP peut ainsi avoir plus de marge de manœuvre et peut utiliser son savoir, dans la durée, plutôt que sa seule légitimité à intervenir sous contrainte, dans une situation considérée d'urgence.

Il faut dire que ces débats sur la légitimité à intervenir ont lieu entre l'EMPP et les partenaires, mais aussi au sein même de l'EMPP, qui n'a que rarement une position unique sur ce qui est ou non légitime de faire. L'histoire de Ginette est un bon exemple pour

comprendre l'articulation des *faits argumentatifs* pour fonder telle ou telle conception de l'hospitalisation qui orientera la décision d'effectuer ou non une intervention sous contrainte.

Cette dame, d'environ soixante-dix ans, était visitée par l'EMPP à peu près deux fois par mois au début des observations et, deux ans plus tard, cette fréquence a doublé, voire plus, avec des variations en fonction du besoin estimé par l'équipe et des possibilités de celle-ci. Autant dire qu'il s'agit d'une prise en charge bien investie durant toute la période de mon enquête. Elle s'abritait à l'entrée d'un immeuble depuis des années et il était très rare de ne pas la trouver sur son site. Ginette s'arrangeait toujours pour être plus ou moins correctement vêtue, chaussée, nourrie et propre. Elle ne buvait pas d'alcool. L'équipe connaissait très peu d'éléments sur elle et son histoire : pas de nom de famille, pas d'âge, pas d'histoire familiale, pas d'histoire tout court. Ginette était là en attendant que ses parents viennent la chercher. Il ne faisait pas de doute au sein de l'équipe qu'elle présentait des troubles psychiques graves qui pourraient bénéficier d'un traitement. Ginette n'était pratiquement jamais venue en centre d'hébergement, même quand il faisait extrêmement froid. Elle refusait quasiment toute proposition qui nécessitait un déplacement. Et jamais une intervention sous contrainte la concernant n'a été décidée. Elle avait donc imposé son refus à l'EMPP, ce qui est particulièrement évident lors de deux moments forts de sa prise en charge qui articulent quatre *faits argumentatifs* : la durée, le problème somatique grave, la dégradation de la santé et l'autonomie.

La première épreuve est celle du temps. Après des années de rencontres, l'EMPP a eu l'impression de ne pas avancer dans la prise en charge : « il ne se passe rien ». L'EMPP faisait son travail pour *créer une demande ou faire accepter* en l'invitant régulièrement à aller dans un accueil de jour pour une douche ou un vestiaire, un repas ou encore à passer quelques jours en LHSS, pour se reposer et faire un point sur sa santé. Mais elle n'acceptait jamais et l'EMPP n'insistait pas davantage. Ainsi, au bout de plusieurs mois, l'équipe commençait à se demander si l'intervention auprès de Ginette ne ressemblait pas à des visites de courtoisie, s'il ne fallait pas essayer une autre méthode, par exemple celle d'une hospitalisation sous contrainte (la *faire venir* vers une institution). La longue durée de la prise en charge, dans ce cas, pourrait légitimer une intervention sous contrainte basée sur une conception de l'hospitalisation comme une *étape* : l'équipe ayant tout essayé pour *créer une demande ou faire accepter* sans succès et pendant longtemps, peut-être une hospitalisation ouvrirait-elle d'autres perspectives pour la suite de la prise en charge. Cependant, l'expérience montrait le

risque de perdre Ginette de vue (défection) comme conséquence du non respect de sa volonté. En effet, une seule fois Ginette avait accepté de venir en LHSS, sous condition d'être accompagnée chez elle, si elle le souhaitait. Le jour où elle a voulu partir du LHSS, l'infirmier de l'EMPP était occupé et ne pouvait l'accompagner que le lendemain. Elle est partie d'elle-même et l'EMPP a mis plusieurs mois pour réussir à renouer contact avec elle. Cette historicité de la relation entre Ginette et l'EMPP, présente dans ce *fait argumentatif* (la durée de la situation), a finit par faire valoir une conception de l'hospitalisation comme un *risque*, mettant au premier plan la possibilité de Ginette d'utiliser la défection.

Lors de la deuxième épreuve - qui articule un problème somatique et la dégradation de l'état de la personne à la durée de la situation - l'EMPP trouvait que Ginette n'allait pas bien, qu'elle était plus « envahie » que d'habitude par son délire et que cela la faisait certainement beaucoup souffrir ; et aussi qu'elle avait des difficultés à marcher, qu'elle avait peut-être une phlébite. Forte de ces deux arguments – psychique et somatique -, une partie de l'équipe a proposé une intervention sous contrainte. Le psychiatre a alors proposé un compromis : avant de passer à la contrainte, l'EMPP essaierait d'intensifier le travail pour *créer une demande ou faire accepter*. Dans ce but, l'équipe devrait aller la voir plus souvent, notamment pour aborder ce problème somatique et pour proposer des soins ; aussi le psychiatre irait examiner sa jambe et s'il évaluait que c'était vraiment une phlébite ou quelque chose de dangereux, il ne serait pas question de prendre le risque de la « laisser comme ça », il faudrait la *faire venir* vers les soins même contre sa volonté. « Malheureusement », le problème somatique n'était pas grave et la dégradation de son état psychique n'était finalement pas si prononcée. Il n'y avait donc plus matière à une intervention sous contrainte mais, avant ce constat, la décision était déjà prise avec une stratégie de contrainte, que le psychiatre a réussi à assouplir en prenant du temps. La première proposition de l'équipe correspondait à une logique problème-solution, caractéristique de la conception de l'hospitalisation comme une *solution*. D'autres éléments, comme l'autonomie reconnue de Ginette - par exemple, le fait qu'elle mobilise souvent la pharmacienne du coin pour ses problèmes de santé, que celle-ci veille sur Ginette - étaient connus de l'équipe, mais n'ont pas été mobilisés comme *fait argumentatif*.

Cette situation montre que le même *fait argumentatif* - la longue durée de la situation – aurait pu être mobilisé pour défendre n'importe laquelle des trois conceptions de l'hospitalisation. En l'occurrence, il a été mobilisé pour argumenter en faveur d'une intervention sous

contrainte, afin de renforcer une conception de l'hospitalisation comme *solution*. En effet, il était associé au problème somatique et au problème psychique afin d'argumenter que, pendant longtemps, tout a été essayé pour *créer une demande ou faire accepter*, donc il fallait passer à d'autres méthodes car cela ne servirait à rien de continuer d'essayer les méthodes douces. Cependant, la durée aurait pu être mobilisée autrement, en mettant ce moment particulier en perspective avec l'histoire de la relation entre Ginette et l'EMPP, en rappelant qu'une fois, l'EMPP a agi contre le souhait de Ginette, qui a failli rompre la relation avec l'équipe, sans que cela ait pu apporter des modifications favorables à sa situation. Ceci irait plus dans le sens de penser l'hospitalisation comme un *risque* et d'illégitimer une intervention sous contrainte. Enfin, la durée aurait pu être mobilisée en considérant une temporalité plus large, et argumenter en faveur d'une conception de l'hospitalisation comme une *étape* : si Ginette a failli rompre la relation avec l'EMPP, de fait cela ne s'est finalement pas produit et la relation a pu se rétablir. Peut-être qu'en reproduisant ces périodes en institution, la prise en charge pourrait avancer. Ceci montre à quel point les faits peuvent être présents et ne pas être mobilisés ou bien l'être dans un sens comme dans l'autre pour argumenter une conception de l'hospitalisation ou une autre et légitimer ou illégitimer une intervention sous contrainte.

Par ailleurs, il semble important de souligner que les partenaires ne formulaient plus aucune demande d'intervention concernant Ginette depuis plusieurs années. L'EMPP intervenait de son propre chef et à la demande - considérée implicite par l'EMPP - de Ginette. Ce n'est donc plus la demande des partenaires qui participait, à ce stade de la prise en charge, à la construction de la place de l'EMPP. C'est la définition, dans la pratique de l'EMPP, des limites de son intervention qui en donnent des éléments. Ainsi, l'EMPP s'est engagée dans une prise en charge *passerelle*, dans le sens qu'elle imagine un jour pouvoir passer le relais, mais elle n'est quasiment pas en contact avec des partenaires pour cette prise en charge, ce qui est particulièrement évident au moment du problème somatique : pourquoi ne pas solliciter un partenaire en capacité d'intervenir sur des problèmes somatiques ? Cette situation limite - l'éventualité d'un problème somatique grave - montre (et participe à faire en sorte) que l'EMPP glisse vers une prise en charge *à part entière* de Ginette. La psychologue de l'EMPP s'exprime sur le travail auprès de Ginette :

*« Lui dire bonjour. Comme Guy dit : 'une visite de courtoisie'. C'est vrai que parfois ça tourne vraiment aux visites de courtoisie. Veiller sur elle, juste vérifier qu'elle est pas morte, psychologiquement au moins. Physiquement et psychologiquement,*

*c'est ça que je fais de vérifier que les gens sont pas morts, qu'ils vivent psychiquement.*

*Pourquoi on n'essaie pas d'hospitaliser Ginette ?*

*Oui, pourquoi pas, oui. Mais après ? c'est ça... après il y a quoi ? ... Et puis ça a déjà été fait, de toute manière. Elle a quand même accepté de venir, elle a quand même touché un petit peu à la psychiatrie parce qu'elle a été au LHSS et Guy l'avait médiquée et ça avait pas marché du tout. (...) Ginette, elle était heureuse comme tout de nous voir. Moi je suis personne pour dire : je sais ce qui est bon pour Ginette. Je sais pas ce qui est bien pour Ginette. Je sais pas ce qui est le mieux pour Ginette. Parfois, je pense que ce qui est le mieux, c'est qu'elle reste dehors, qu'on la surveille, qu'on veille sur elle, qu'on soit présent pour elle et tout et tout. Parfois, je me dis : il faut..., quand elle a débloqué à fond, là, je me suis dit : il faut qu'elle aille à l'hôpital, j'ai eu peur, ça craint, c'est vital. (...) Non, je pense que le délire, ça justifie pas son hospitalisation, pas pour moi. Tous les délires ne doivent pas être hospitalisés. C'est une notion, une notion d'ailleurs assez subtile, on ne sait pas toujours pourquoi, on se tient... Pourquoi cette personne, on devrait l'hospitaliser ? On ne peut pas vraiment dire pourquoi. Il peut très bien y avoir de l'hallu, même inquiétante. C'est quand il y a vraiment un danger, on se dit : là, il faut l'hospitaliser. Tu vois, tu sens, mais c'est difficile à dire. »*

Dans cet extrait apparaît encore une fois le passage d'une conception de l'hospitalisation à une autre, à partir de la mise en valeur de quelques *faits argumentatifs*. On voit également que ce n'est pas, ou pas uniquement, l'état psychique qui rentre en ligne de compte pour opérer ce passage. D'autres *faits argumentatifs*, comme le somatique et l'autonomie, y participent et sont inclus dans la notion de danger, difficile à préciser. Ce qui montre que l'EMPP peut être sollicitée et peut légitimer son intervention, y compris sous contrainte, dans des configurations très diverses. En d'autres termes, une bonne partie des décisions de l'EMPP pour intervenir sous contrainte peut être légitimée et en même temps être illégitimée. Et ce, en fonction des éléments de la situation, mais aussi selon les *conceptions d'hospitalisation* des intervenants qui mobilisent ou minimisent tel ou tel fait argumentatif.

#### 4. Mettre en route l'intervention sous contrainte :

Une fois que l'EMPP décide d'une intervention sous contrainte, elle la prépare au sein de l'équipe, et parfois avec les partenaires, en fonction des mécanismes de contrainte choisis. Le plus souvent, l'EMPP tente d'abord les mécanismes les plus subtils, avant de passer aux plus explicites. C'est dans cet ordre qu'ils seront exposés ici :

- a. Menace ambiguë : « si vous n'acceptez pas de vous faire soigner, vous allez arriver à un état où on va être obligé d'intervenir contre votre volonté » ; « si vous ne rangez pas votre site, la police risque de vous embarquer » ; « tant que vous êtes en démarche de soins, vous allez bien et ça nous permet de vous garder dans la structure ». Ceci ressemble à une explicitation des conséquences du comportement de la personne par rapport à un cadre qu'elle et l'intervenant connaissent bien. L'ambiguïté réside dans la possibilité qu'a ou n'a pas l'intervenant qui menace de déclencher ou d'éviter les événements que l'utilisateur craint.
- b. Menacer plus ou moins ouvertement : « c'est soit ça (LHSS ou l'hôpital général, par exemple), soit le CPOA », « vous serez interdit d'hébergement tant que vous n'acceptez pas de rencontrer le psy », « les soins, vous les acceptez ou vous allez dehors, ici c'est pas l'hôtel ». Ceci correspond au volontarisme contraint, décrit par Anne Lovell (1996b).
- c. Faire intervenir d'autres acteurs : cela peut être un médecin ou un groupe d'intervenants face à la personne toute seule, notamment s'il y a des hommes dans le groupe ; il s'agit de faire appel à quelqu'un qui a ou semble avoir plus d'autorité (force morale) ou de force physique et qui a la possibilité de déclencher des actions non souhaitées par la personne. Un cas emblématique est celui de la BAPSA<sup>1</sup>. Les agents de cette brigade sont connus comme « les bleus » du fait de la couleur de leur uniforme. Historiquement, ils prenaient les gens de force pour les amener à Nanterre, jusqu'à l'abrogation des lois contre le vagabondage et la

---

<sup>1</sup> BAPSA : Brigade d'Aide pour les Personnes Sans Abri.

mendicité. Quoiqu'il en soit, ils font partie de la police et, à la seule vue de leur uniforme, certaines personnes sont d'emblée disposées à les suivre. Toujours est-il que certains membres de l'EMPP (et d'autres EMPP) pensent à la BAPSA quand ils n'arrivent pas à mobiliser quelqu'un dans la rue. Ceux qui le font évoquent la « symbolique de l'uniforme » comme une contrainte douce. Cela est confirmé par M. Ben Fadhel, 65 ans, qui était suivi par l'EMPP depuis de nombreuses années ; son état de santé se dégradant, l'équipe a décidé de le contraindre à aller à l'hôpital pour un bilan. Selon le récit qu'en ont fait Julien et Joëlle, respectivement l'infirmier et l'assistante sociale de l'EMPP qui ont mis en place l'intervention avec la BAPSA, lorsque M. Ben Fadhel a vu les agents de la BAPSA, il s'est levé et est entré de lui-même dans leur camion. M. Ben Fadhel l'exprime, dans son entretien, que cette présence n'a pas été anodine :

*« AM : Quand vous l'avez rencontré, c'était au périphérique ? »*

*Oui*

*AM : Il y a longtemps ?*

*Presque 7 ans, comme ça.*

*AM : Il n'y avait que Julien ou il y avait quelqu'un avec lui ?*

*Avec deux gars (inaudible) de la brigade.*

*AM : Ah les bleus de la brigade (je répète ce qu'il dit). Ils sont venus et après ?*

*(inaudible)*

*AM : Vous êtes allé à l'hôpital (je répète ce qu'il dit tout bas<sup>1</sup>) et après l'hôpital ?*

---

<sup>1</sup> Mentionnons quelques difficultés pour les entretiens avec les usagers : parfois la personne ne parlait pas bien le français ou le manque de dent et/ou l'excès de traitement rendaient le discours difficilement intelligible ; la personne ne parlait pas assez fort pour que ce soit enregistré ou, lors des entretiens dans la rue, le bruit ambiant



*Jusqu'à maintenant j'attends les papiers (inaudible).*

*AM : Ah oui, vous avez posé une plainte (je répète ce qu'il dit).*

*Oui, pour les papiers.*

*AM : Maintenant vous attendez (je répète ce qu'il a dit)*

*Oui*

*AM : Vous êtes ici dans ce LHSS depuis combien de temps ?*

*Je sais pas.*

*AM : Ça fait longtemps ou ça fait peu de temps ?*

*Trois mois à peu près.*

*AM : Vous étiez d'accord pour venir ici ?*

*Non (inaudible)*

*AM : Pardon ?*

*Presque obligé. (inaudible)*

Monsieur Ben Fadhel le dit bien, il n'a pas été obligé, il a été « *presque obligé* ». Comme ce monsieur, il semblerait que plusieurs personnes qui n'acceptent aucune proposition des intervenants sont par contre prêtes à suivre la BAPSA. Ces agents, dans ce cas, n'ont même pas besoin d'exercer une coercition du type contrainte pure. Cela pourrait ressembler, selon la

---

était plus fort que nos voix. Pour améliorer la possibilité de transcription, de façon à pouvoir citer les entretiens des usagers, je répétais ce que la personne disait.

typologie d'Anne Lovell, à une coercition du type volontarisme contraint, mais les agents ne le posent pas, en tout cas pas toujours, en ces termes. En règle générale, si la personne n'est pas d'accord, ils ne la forcent pas à venir. Il semble plausible de formuler l'hypothèse selon laquelle la possibilité que ces agents ont d'intervenir sous contrainte fonctionne, malgré eux, comme une menace en toile de fond, du type « tu viens par toi-même ou je te prends de force » sans que cela soit dit ou signalé autrement que par leur uniforme et la représentation que les usagers en font. Et c'est à cela que l'EMPP fait appel quand elle sollicite l'intervention de la BAPSA<sup>1</sup>.

- d. « Accompagnement physique » ou « joindre le geste à la parole »<sup>2</sup> : ce sont des expressions qui montrent qu'en invitant la personne à faire ou ne pas faire quelque chose, l'intervenant lui signale physiquement qu'il ne s'agit pas vraiment d'une invitation mais d'une injonction. Par exemple, en disant « montez dans le camion, s'il vous plaît », l'intervenant prend la personne par le bras, fermement, sans la tirer, mais de manière à ce qu'elle comprenne qu'elle n'a aucune possibilité de résistance et de sorte que, finalement, elle marche et entre d'elle-même dans le camion.
- e. Prendre la personne physiquement, de force, alors que la personne s'oppose clairement (crie ou tente de se libérer) et la mettre dans un véhicule, puis la déposer là où l'on souhaite : hôpital psychiatrique, hôpital général, CPOA ou LHSS, par exemple. Cela fonctionne d'autant mieux que la personne est physiquement affaiblie, notamment si elle ne marche pas bien. Le parallèle avec la notion de contrainte pure d'Anne Lovell (1996b) est évident.

Dans la situation de M. Lemaire, que je développe dans l'encadré ci-dessous, ces différentes modalités de contraintes, discutées au moment où la décision de l'intervention sous contrainte est prise, sont ou non mises en place au fur et à mesure que l'intervention se déroule. Cette situation est aussi emblématique de la façon dont se fait l'articulation avec d'autres équipes partenaires pour mettre en place cette intervention.

---

<sup>1</sup> Il est extrêmement rare que l'EMPP fasse intervenir la police, les pompiers ou le 15.

<sup>2</sup> C'est encore une variation du point b, mais située entre « volontarisme contraint » et « contrainte pure ».

### Encadré 3 : Quelques notes sur la situation de M. Lemaire

Cet encadré contient deux extraits de mon journal de terrain relatifs à la décision et à la mise en place d'une intervention sous contrainte. Je précise que le journal de terrain était écrit de façon différée, au bureau ou à la maison, ce qui lui donne une forme différente d'un journal de terrain écrit pendant l'action. Aussi le fait de travailler directement sur ordinateur permet d'arranger les phrases, notamment pour les mettre en ordre chronologique, au fur et à mesure que je rédige les notes. Néanmoins, je n'ai pas retravaillé ces notes par la suite, sauf pour les anonymisations et pour les précisions que j'ai mises entre parenthèses :

Jeudi 12 janvier 2006 (réunion d'équipe de l'EMPP)

En réunion d'équipe, Raul (un des infirmiers de l'EMPP), dit que pour la prochaine tournée de nuit, il y a un problème : il souhaite que Guy (psychiatre de l'EMPP), vienne voir le monsieur brûlé. Je pose la question : pourquoi attendre mardi soir, pourquoi pas demain (vendredi) ou lundi (les jours des prochaines tournées de l'équipe) ? Guy allait justement poser la même question et a ajouté : « Est-ce que tu as un rapport privilégié avec lui ? » Et Raul : « Non, je l'ai vu que deux fois ». Alors le psychiatre dit qu'il y va demain, Raul dit qu'il va venir quand même, alors qu'il ne travaille jamais le vendredi. Il ajoute qu'il serait bien de faire venir aussi la seule Equipe Sociale de Rue qui intervient en journée. Je demande pourquoi, il explique que même si l'infirmier de cette équipe n'est pas balaise, le chauffeur l'est et ça fait toujours deux mecs de plus. Je demande pourquoi a-t-on besoin de deux mecs en plus : « ça fait plus de bras ». Pourquoi ? « On risque de devoir prendre monsieur par le bras ». Guy demande depuis combien de temps on a eu le signalement, Raul dit deux semaines et explique que vu son état physique, il faut faire quelque chose d'urgence. Il dit qu'on ne sait plus quoi faire pour convaincre le monsieur de se soigner mais on ne peut pas le laisser comme ça. Il l'a déjà signalé à la BAPSA, « on ne sait jamais que l'effet uniforme, flic, ait un résultat positif ». Mais il n'a pas accepté de les suivre à Nanterre<sup>1</sup>. Finalement le psychiatre a dit qu'il essayerait le lendemain, puis selon ce qui se passerait, il repasserait

---

<sup>1</sup> Où il pourrait être orienté vers un centre d'hébergement, dans les lits infirmiers ou à l'hôpital (voir note sur la BAPSA dans le glossaire).

lundi et éventuellement mardi aussi pour essayer de le convaincre. C'est ce qu'il avait proposé lorsque l'équipe réfléchissait à une intervention sous contrainte pour une autre dame, il y avait quelques mois : d'abord épuiser toutes les possibilités de persuasion et de contrainte douce, avant de sortir « la grosse artillerie ». Mais si on peut régler ça demain, ce serait pas mal (dit-il). D'où le besoin de plusieurs personnes sur place. Les trois psy (2 infirmiers et le psychiatre) avaient l'air de s'entendre, l'assistante sociale et moi, on ne suivait pas trop ce qui pour eux semblait aller de soi : si on est plusieurs c'est une façon de le forcer sans devoir le forcer vraiment. De toute façon, je ne comprenais pas comment le passage trottoir-camion serait effectué, donc ils comptent le convaincre, le contraindre, le persuader par cette présence massive, notamment d'hommes. C'est la notion d'accompagnement physique énoncée par Raul. Le psychiatre a utilisé le terme contrainte pour parler de ce mécanisme. Ils ont dit que ce n'est pas la peine de l'amener au CPOA car dans son état somatique, le CPOA va de toute façon l'envoyer aux urgences, donc il vaut mieux l'orienter directement aux urgences.

Vendredi, 13.01.06 (rue pour M. Lemaire)

Je suis allée seule dans ma voiture jusqu'au site de M. Lemaire. Je suis arrivée exactement en même temps que le camion avec les autres membres de l'EMPP (le psychiatre, une infirmière et l'assistante sociale), pour constater que M. Lemaire n'y est pas. Pendant que l'infirmière et l'assistante sociale cherchaient M. Lemaire, et elles ont cherché assez longtemps et assez loin, le psychiatre téléphonait à la directrice médicale de l'Institution Sociale Partenaire pour lui dire ce qui se passait et, comme il l'avait dit hier, savoir quelle était la conduite à tenir, par rapport au 15. Elle lui dit de mettre une note dans la base de données<sup>1</sup> de l'Institution Sociale Partenaire pour que si une Equipe Sociale de Rue le rencontre, qu'elle lui téléphone pour qu'elle contacte le 15. (ça veut dire qu'elle sera joignable toutes les nuits, toute la nuit !!!)

Guy transmet l'info à Raul et à l'Equipe Sociale de Rue, qui venaient d'arriver, et tout le

---

<sup>1</sup> Cette base de données est alimentée et consultée par les équipes de cette Institution, notamment au moment de décider de l'orientation des usagers.

monde se prépare à partir, quand Raul téléphone à Lisa (infirmière de l'EMPP) pour lui dire que M. Lemaire était au coin de la rue, là où nous étions il y avait une minute. Il s'agit d'un monsieur petit, courbé, très sale, mais assez en forme : marche bien, vite et sait se défendre, comme nous allons le voir. Quand il a vu le camion de l'Institution Sociale Partenaire, puis nous, il a fait demi-tour et se préparait à partir. Guy l'approche : « Bonjour monsieur. Je suis médecin et il me semble que vous avez besoin de soins ». Il ne s'est pas arrêté quand le psychiatre l'a abordé et a continué à marcher, en essayant de se détourner de lui, montrant clairement qu'il ne voulait pas causer. Si le geste ne suffisait pas, il disait qu'il n'avait pas besoin d'aide, puis à un moment il commence à crier « Il faut respecter la liberté des gens, qu'on me laisse tranquille ! » Le psychiatre a encore insisté en disant qu'il avait manifestement besoin de soins, que sa peau était en mauvais état. Rien. Guy a enfin arrêté de le suivre en disant qu'on ne pouvait plus rien faire, qu'il n'allait pas accepter de venir et qu'on n'avait pas les moyens de le faire venir, ni avec le 15 ni avec les pompiers.

En deux secondes, on ne le voyait plus et Raul était arrivé avec l'infirmier de l'Equipe Sociale de Rue, les deux avec le blouson de l'Institution Sociale Partenaire, en disant qu'ils allaient ré-essayer car cet infirmier le connaissait mieux. Ils sont partis, on ne les voyait pas. Lisa ne se rendait pas. Elle voulait absolument qu'on fasse quelque chose, même si elle savait qu'il n'y avait plus rien à faire. En fait, elle disait qu'on avait fait « tout ce qu'on était en mesure de faire, qu'on ne pourrait rien nous reprocher, mais bon... » Le psychiatre disait qu'il fallait une autre stratégie, qu'on avait essayé la force, il fallait l'essayer, mais ça n'avait pas marché. J'ai dit que plus que ça, ce serait atteinte aux libertés, mais là elle (Lisa) disait que respecter la liberté, là c'est difficile, qu'elle se posait cette question de jusqu'où aller, mais qu'elle ne savait pas. Bon, les deux infirmiers sont revenus en disant qu'ils n'ont pas réussi à l'attraper, qu'il n'arrêtait pas de les fuir.

Guy dit qu'il faudra ré-essayer de le rencontrer plusieurs fois dans la semaine, sans rien lui proposer, juste pour le contact, pour intervenir dans la durée. Il a aussi dit que son état physique général n'était pas en si mauvais que cela et qu'on a déjà vu des plaies pires que la sienne. Puis, qu'il était cohérent dans son discours, le peu qu'il avait dit ne permettait pas de faire l'hypothèse d'une maladie mentale, donc le voir plus souvent permettrait aussi une évaluation psy.

Je reprends la situation depuis la demande, dans le but d'avoir une idée d'ensemble de ce qui a été discuté dans les différents chapitres. M. Lemaire a été signalé à l'EMPP par les Equipes Sociales Rue du fait qu'il présentait une plaie énorme et refusait de se faire soigner. En plus, les Equipes Sociales de Rue avaient du mal à établir un contact avec lui. Il s'agissait donc d'un signalement très sélectif, d'une demande fortement marquée par l'impossibilité des partenaires à accomplir leur mission, après plusieurs tentatives de *créer une demande ou faire accepter*. M. Lemaire, lui, ne demandait ni n'acceptait des soins psychiques ou somatiques. Il ne demandait ni n'acceptait d'hébergement non plus. Il demandait simplement à être laissé tranquille. En plus, il n'était pas informé qu'une équipe psychiatrique viendrait le voir. L'intervention de l'EMPP se légitimait donc par la non-demande et par son absence dans un lieu de soin.

Ainsi, Lisa et Raul, infirmiers de l'EMPP, sont allés à sa rencontre lors d'une tournée de nuit et ont évalué son état somatique comme très grave, nécessitant une intervention urgente. Ils ont fait une description assez forte de cette première rencontre, disant qu'ils ont arrêté le travail juste après, tellement ils étaient bouleversés par le pus qui coulait de sa plaie sur un côté du visage et sur le cou, avec une odeur nauséabonde qui laissait supposer fortement la présence d'une bactérie très dangereuse. Si cela se confirmait, il y avait risque vital. Du point de vue psy, les infirmiers disaient ne pas avoir assez d'éléments, mais supposaient la présence de troubles sans nécessité de soins hospitaliers.

Lors de ces deux premières interventions, l'EMPP s'est engagée dans une prise en charge *expertise* : il s'agissait surtout de faire une évaluation et de penser une orientation avec les partenaires. Mais, au vu d'une évaluation d'urgence somatique, les intervenants de l'EMPP ont estimé qu'il n'était pas possible d'attendre qu'un travail pour *créer une demande ou faire accepter* porte ses fruits. Ils ont donc sollicité la présence du psychiatre de l'équipe pour une double évaluation (somatique et psychiatrique). Cela permettrait une intervention sous contrainte légitimée soit par une urgence vitale, soit par la présence d'un trouble psychique nécessitant des soins intensifs et empêchant de donner son consentement. Cependant, avant même que ces éléments soient constatés, l'EMPP partait à sa rencontre avec la décision d'une intervention sous contrainte. A ce moment-là, cette intervention était orientée par une conception de l'hospitalisation comme une *solution*, basée sur une possible urgence vitale

somatique (*fait argumentatif*). Il s'agit d'une logique problème-solution, pensée sur un laps de temps plutôt court et dans laquelle il n'est donc pas question de considérer la trajectoire de M. Lemaire jusque-là, ni les éventuelles conséquences de cette intervention après une possible hospitalisation.

De plus, il était prévu que l'intervention soit pilotée par l'EMPP, alors qu'il n'était pas encore établi si M. Lemaire présentait des troubles psychiques<sup>1</sup>. C'est donc la possibilité déspécialisée de l'EMPP d'« aller vers » la personne en l'absence de demande pour la faire venir vers une institution contre son souhait qui était mobilisée, et non pas, ou pas uniquement, son savoir psychiatrique. En effet, en cas d'urgence somatique, c'est le 15 ou les pompiers qui sont compétents pour intervenir, mais l'EMPP n'a pas essayé de les contacter avant la première tentative de contrainte. Ainsi, par leur demande, les partenaires assimilent l'intervention de l'EMPP – et partant leur place – à celle des services d'urgence (pompiers, 15, police). L'EMPP, à son tour, par sa manière d'intervenir, en faisant le travail des pompiers, du 15, de la police, ne tient pas la place qu'elle revendique d'habitude, c'est-à-dire celle d'une équipe de psychiatrie. Au contraire, elle rajoute à la confusion de la distribution de « qui fait quoi » légitimement. On peut comprendre que sa volonté est de faciliter la tâche, pour pallier des failles du système ou des partenaires, mais ce type d'intervention, où l'EMPP se substitue à des services autres que psychiatriques, lui donne concrètement une place particulière, déspécialisée, fondée non pas sur son savoir spécialisé, mais sur sa possibilité d'intervenir sous contrainte.

L'EMPP glisse ainsi vers une prise en charge *passerelle* car elle n'est plus dans un rôle *d'expertise*, avec des contacts plutôt avec les partenaires qui effectuent le travail auprès de la personne. Au contraire, à partir de la décision d'intervention sous contrainte, c'est elle qui fait le travail auprès de M. Lemaire et qui pilote l'articulation avec les partenaires. L'EMPP prévoit d'associer l'Equipe Sociale de Rue à l'exécution – et non pas à la décision – de cette intervention, parce qu'il valait mieux avoir deux hommes en renfort. Ceci permettait de commencer par les mécanismes de contraintes les plus doux et avancer jusqu'à l'usage de la

---

<sup>1</sup> L'EMPP argumente de son lien privilégié avec la personne pour participer à des interventions qui dépassent ses compétences, comme je l'ai montré dans le chapitre 7. Mais cela n'est pas le cas ici, comme l'a dit Raul à Guy dans l'extrait du journal de terrain.

force si besoin et si possible. Sachant que la BAPSA avait déjà été sollicitée, sans succès : M. Lemaire n'a pas voulu les suivre.

Avant l'intervention, une partie de l'EMPP et les partenaires pensaient qu'il était non seulement légitime d'intervenir, mais surtout illégitime de ne pas intervenir, car cela aurait été de la non-assistance à personne en danger (*sous-interventionnisme*). Sur place et lorsqu'il n'y avait plus rien à faire, certains trouvaient encore qu'il était illégitime de « laisser ça comme ça ». D'autres estimaient qu'il aurait été illégitime de ne pas essayer, mais qu'il serait absolument illégitime d'intervenir sous contrainte avec les nouveaux éléments d'évaluation : pas de risque vital et pas d'évidence de troubles psychiques justifiant ce type d'intervention. Ce serait une atteinte aux libertés individuelles, du *sur-interventionnisme*. La situation a ainsi été requalifiée, de même que les hypothèses d'intervenir et de ne pas intervenir.

Suite à cette intervention sous contrainte, lorsque le fait argumentatif somatique n'en était plus un, l'intervention a été réorientée vers un travail de prise de contact, de mise en confiance qui avait pour but d'instaurer une prise en charge *passerelle* habituelle. Et ce, avec une conception de l'hospitalisation comme un *risque* (perdre la confiance de la personne, ne plus avoir accès à elle et la mettre ainsi encore plus en danger), basée sur les *faits argumentatifs* de la durée et de l'autonomie : cela fait un moment qu'il a cette plaie, il arrive à la gérer jusqu'à présent, il est donc possible de prendre le temps de créer un lien, de mieux évaluer la situation, notamment du point de vue psychique, de son histoire, de son contexte environnemental.

A ce moment, l'EMPP ne savait pas si M. Lemaire était sectorisé, ce qui aurait probablement tout changé, notamment par rapport à la contrainte. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit : lorsque l'EMPP a su qu'il était non seulement sectorisé et mais en fugue d'HO et qui plus est, il relevait d'un des secteurs avec lequel elle travaille le plus, elle n'a plus hésité à prendre M. Lemaire de force à chaque fois qu'il était en fugue<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Rappelons encore une fois que cela ne relève pas de ses compétences, mais en général de celle de la police. Ce type d'intervention, en substitution d'un autre acteur désigné, renforce le caractère déspecialisé de l'EMPP, car ce n'est pas son savoir spécialisé qui est utilisé, mais les moyens dont elle dispose (le véhicule, le temps, la possibilité de se déplacer et d'intervenir sous contrainte).



## Conclusion du chapitre :

Dans ce chapitre, il s'agissait de comprendre si et, le cas échéant, comment la place de l'EMPP est forgée par la possibilité, le devoir et le fait d'intervenir sous contrainte. Car si l'EMPP n'avait pas cette possibilité légale d'intervenir sous contrainte, la demande ne lui serait pas adressée, en tout cas, pas de la même façon, lorsqu'une telle situation se présente. Il s'agissait donc de se pencher sur le travail micropolitique des acteurs lorsqu'une situation considérée d'urgence se présente, une situation limite pour laquelle les méthodes habituelles d'intervention ne semblent pas pertinentes, mais où, pourtant, il ne semble pas possible de ne pas intervenir. Dans ce contexte, la question d'une intervention sous contrainte peut se poser aux acteurs et plus particulièrement à l'EMPP. C'est en fonction de la qualification de la situation que sera défini ce qu'il est légitime de faire - ou de ne pas faire – ainsi que la légitimité de chacun, dans chaque intervention. Cette qualification se développe tout au long des prises en charge, dans les différents échanges entre les acteurs, mais plus particulièrement dans certains moments clé, dont l'intervention sous contrainte est un exemple aigu.

Nous avons vu que ce travail politique passe par la mobilisation ou la relativisation de certains *faits argumentatifs* qui permettent de qualifier la situation comme étant ou non une urgence, comme relevant ou non de la psychiatrie, ce qui vient appuyer ou écarter telle ou telle conception de l'hospitalisation. C'est ainsi que, pour une situation donnée, les acteurs considèrent légitime d'intervenir, y compris lorsque les exigences légales ne sont pas remplies mais qu'en même temps ils considèrent une non-intervention comme illégitime, assimilée à un *sous-interventionnisme* et rapprochée de la notion de non-assistance à personne en danger. C'est le cas lorsque la qualification de l'intervention est orientée par une conception de l'hospitalisation du type *solution*. En revanche, dans une autre situation, en fonction de la conception de l'hospitalisation ainsi mise en avant et des *faits argumentatifs* mobilisés ou écartés, il sera considéré légitime de ne pas intervenir et, dans ce cas, une intervention sous contrainte serait illégitimée, assimilée à un *sur-interventionnisme* et rapprochée de la notion d'atteinte aux libertés individuelles. Ceci est particulièrement vérifié lorsque la qualification de l'intervention est orientée par une conception de l'hospitalisation du type *risque*.

Il importe de souligner que les qualifications de l'intervention, par les différents acteurs, partent d'une conception de l'hospitalisation qui oriente la mobilisation des *faits argumentatifs*. Ainsi, pour une situation donnée, un intervenant partant d'une conception de

l'hospitalisation comme *risque* qualifiera la décision d'une hospitalisation sous contrainte comme du *sur-interventionnisme* et mobilisera des *faits argumentatifs* pour montrer les risques d'une hospitalisation. Et de façon circulaire, au cours de l'évolution de la situation et des articulations entre les partenaires, à partir de la confrontation des *faits argumentatifs* mobilisés par les acteurs, les qualifications de l'intervention exprimées sont (re)élaborées et peuvent aboutir à la redéfinition de la conception de l'hospitalisation considérée pertinente dans la situation en question. Ceci permettant de modifier ou réitérer les distributions de la légitimité et de l'illégitimité de chaque acteur à intervenir ou à ne pas intervenir.



## Chapitre 9 : Les interventions dans le cadre des non-rencontres

Dans ce chapitre, il sera question d'un autre type de situation qui, comme le passage de relais et les hospitalisations sous contrainte, interroge la limite<sup>1</sup> des interventions de l'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) : l'impossibilité d'entrer en contact avec les personnes signalées, ici nommée les *non-rencontres*. Il est possible d'intervenir sans rencontrer la personne et c'est ce que l'EMPP fait habituellement, en termes de soutien aux équipes ou de conseil, interventions typiques des prises en charge du type *expertise*. Cependant, ses possibilités d'intervention par ces moyens sont plus restreintes, surtout lorsqu'il s'agit de personnes vivant prioritairement, voire exclusivement, dans la rue (voir chapitre 6)<sup>2</sup>. Ces *non-rencontres* peuvent correspondre à trois situations :

1. les jamais trouvés : ce sont les personnes signalées à l'EMPP et qui n'ont jamais été trouvées ;
2. les perdus de vue : ce sont les personnes que l'EMPP a pu rencontrer plusieurs fois, qu'elle ne trouve plus sur leur(s) lieu(x) de rencontre habituel(s) et dont n'a plus de nouvelle ;
3. les refus de contact : ce sont les personnes qui sont trouvées sur le lieu indiqué mais qui refusent toute proposition de l'EMPP, à commencer par la proposition d'être en contact<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Je rappelle que la notion de limite utilisée ici indique que l'EMPP ne peut plus légitimement intervenir selon ses méthodes habituelles et pourtant elle ne peut pas légitimement ne pas intervenir.

<sup>2</sup> Certaines EMPP, qui n'interviennent pas auprès d'une telle population ou qui n'ont pas suffisamment de moyen, interviennent souvent, voire principalement, sans rencontrer les personnes : par exemple, l'EMPP de l'EPS Maison Blanche a proposé de rencontrer seulement 40% des personnes pour qui une demande d'intervention a été formulée et ils n'en ont rencontré que 18% (rapport d'activité 2004). Cette équipe fonctionne donc prioritairement sans rencontrer les personnes ou en les rencontrant très peu, ce qui caractérise un fonctionnement sur le mode *expertise*. Il est impossible de connaître ce pourcentage concernant l'EMPP dont il s'agit dans cette étude, car elle ne relevait pas le nombre de demandes d'intervention, ni le nombre de situations évoquées, mais seulement le nombre de personnes qui ont été vues au moins une fois. Ainsi, les personnes prises en charge sur le mode *expertise* ne sont pas comptabilisées par cette EMPP, sauf si elles ont été rencontrées ou recherchées au moins une fois.

<sup>3</sup> Julien Damon (2002) et Anne Lovell (1992c) insistent sur le fait que les refus des personnes sans abri sont trop souvent attribués indûment aux maladies mentales. Ils insistent également sur la rationalité des refus, souvent motivés par des « bonnes raisons » ou, en tout cas, par des calculs sur l'intérêt et les inconvénients à refuser ou à accepter les propositions des intervenants.

Les non-rencontres comprennent donc les situations où la personne recherchée n'est pas ou plus trouvée mais aussi celles pour lesquelles la personne est trouvée et, néanmoins, la rencontre ne se concrétise pas, dans le sens où la personne ne souhaite pas entrer en contact avec l'EMPP. Ainsi, il arrive qu'une rencontre ait lieu sans échange verbal ou avec quelques mots échangés : un regard de sympathie, un sourire, des gestes, un bonjour, un « à la prochaine ». Au contraire, certains échanges, verbaux ou non, ne servent qu'à exprimer clairement le refus d'échanger, comme le « bonsoir, je n'ai besoin de rien, merci, au revoir » ou alors le « dégage ! » ou encore la personne qui reste mutique, le visage fermé et insiste à ignorer les intervenants qui la saluent, lui posent des questions ou lui font des propositions. Ces situations ne seront pas considérées dans ce chapitre comme des rencontres mais comme des refus de contact. Il s'agit de non-rencontres, au même titre que lorsque les personnes signalées ne sont jamais trouvées ou sont perdues de vue.

Il importe de préciser d'emblée que chacun de ces trois types de situation peuvent correspondre, complètement, à ce qui se passe pour un certain nombre de personnes signalées à l'EMPP. Toutefois, la situation d'autres personnes peut varier au fil du temps<sup>1</sup>. Ainsi, certaines personnes signalées ne seront jamais trouvées, alors que d'autres le seront, au bout de plusieurs mois, voire des années, suite à un re-signallement, par exemple. Aussi, certaines personnes refusent systématiquement le contact, alors que d'autres peuvent finir par l'accepter, puis éventuellement le re-refuser, dans une temporalité très variable.

Par ailleurs, il est des situations intermédiaires, qui se rapprochent plus de l'une ou de l'autre des trois situations évoquées plus haut, sans y correspondre complètement. Par exemple, le cas d'une personne rencontrée une ou deux fois, puis perdue de vue, ne correspond pas à ce qui sera décrit pour les jamais trouvées, ni tout à fait à la situation de personnes bien connues, prises en charge et perdues de vue. Ainsi, pour une meilleure compréhension de ce qui sera décrit et analysé dans ce chapitre, il est nécessaire d'avoir à l'esprit cette dynamique existante entre les différents types de situation.

---

<sup>1</sup> Bien entendu, il est des prises en charge qui ne rencontreront jamais aucune des impossibilités de contact décrites dans ce chapitre. Tout comme il y en a qui ne feront pas l'objet d'un passage de relais en douceur ni d'une intervention sous contrainte.

Etant donné ces trois types de situation, jusqu'à quel point l'EMPP est-elle légitime pour continuer ses tentatives pour prendre contact avec la personne ? En cas d'intervention, quelle est la limite entre suivre (*intervention ajustée*) et poursuivre (*sur-interventionnisme*) ? En cas de non-intervention, quelle est la limite entre le respect d'une éventuelle expression du refus de l'utilisateur (*non-intervention ajustée*) et l'abandon de la prise en charge (*sous-intervention*) ? Comment se construisent cette limite et sa légitimité ?

Nous allons voir que cette limite et sa légitimité sont construites, au cas par cas, à partir de certains éléments permettant d'établir si la *non-rencontre* peut être attribuée à un *refus positif* de la personne ou à d'autres circonstances. Et cela est d'autant plus important que le *refus positif* non seulement légitime la cessation des tentatives pour entrer en contact, mais il illégitime la poursuite de ces tentatives : il n'est pas possible d'intervenir contre le souhait de la personne, sauf dans des cas particuliers, prévus par la loi, comme nous l'avons vu dans le chapitre antérieur<sup>1</sup>. Ces éléments sont principalement :

- la présence plus ou moins importante de difficultés pratiques à ce que la personne soit trouvée (dans le cas des jamais trouvés et des perdus de vue)
- et
- l'histoire de la relation entre l'EMPP/l'intervenant et l'utilisateur (dans le cas des perdus de vue et des refus de contact).

Je vais donc analyser, pour chacune des trois situations cités ci-dessus, la façon dont ces éléments fournissent des indices pour étayer ces suppositions de demande, de non-demande ou de refus et comment ils légitiment ou illégitiment la poursuite ou la cessation des tentatives pour rencontrer une personne.

---

<sup>1</sup> Et dans ce contexte, c'est la notion même de consentement qui est mise en suspend, considéré comme non pertinent, car il est entendu que la faculté de jugement de la personne est abolie par sa maladie. Dans ce contexte particulier, on ne peut donc pas dire que l'intervention n'est légitimée ni par le refus, ni par l'acceptation, mais par la suspension même de ces critères, de par la maladie mentale. Par conséquent, on peut dire qu'il est illégitime d'intervenir en cas de *refus positif*.

## 1. Les jamais trouvés par l'EMPP

Dans le cas des jamais trouvés, les indices permettant d'évaluer si la non-rencontre est due à un refus sont fournis uniquement par l'analyse des difficultés pratiques à la réalisation de la rencontre, étant donné que l'autre source d'indices, l'histoire de la relation, est inexistante. Les difficultés pratiques<sup>1</sup> à rencontrer une personne signalée peuvent être examinées à partir de quatre variables principales :

- la localisation du lieu où l'EMPP peut rencontrer la personne (par exemple : dans une structure, à l'angle de telle et telle rue, en face de telle église) ;
- la localisation de la personne par l'EMPP (parmi les personnes en face de telle église, laquelle est celle qui a été signalée ?) ;
- l'identification de l'EMPP par la personne (connaît-elle le nom, le prénom, le métier ou l'institution de rattachement de ceux qui viennent la rencontrer ?) ;
- le temps de présence de l'EMPP dans le lieu où la personne peut être rencontrée (selon qu'il s'agit d'une visite sur site ou d'une permanence).

Il importe de détailler la manière dont ces variables représentent des difficultés pratiques à rencontrer une personne, comment elles fournissent des indices pour supposer un refus de la part de l'usager et comment elles orientent la décision de continuer ou cesser les recherches ainsi que sa légitimation. Etant donné que la non-rencontre de personnes inconnues signalées à l'EMPP concerne différemment le travail de rue et celui effectué dans les centres d'hébergement (LHSS et CHU), ces deux contextes seront examinés séparément.

### 1.1. Dans les centres d'hébergement

Dans les centres d'hébergement, les non-rencontres sont peu fréquentes et plus la durée de séjour est longue (comme dans les LHSS), moins cela risque d'arriver. Ce degré restreint de difficulté pratique sera caractérisé en suivant les quatre variables présentées ci-dessus. D'abord, il est assez facile pour l'EMPP de localiser le lieu où la rencontre avec la personne

---

<sup>1</sup> Je qualifie la difficulté de pratique, objective, en opposition à une difficulté subjective, qui serait liée à la volonté, à la subjectivité de la personne.

signalée est susceptible de se produire : si le signalement a été émis par l'équipe d'un centre, c'est que la personne s'y trouve et c'est dans cet espace circonscrit par les murs de la structure que la rencontre est censée se produire. Ensuite, la localisation de la personne par l'EMPP, dans ce contexte, est relativement aisée du fait de la présence, dans cet espace circonscrit, de celui que signale, de celui qui est signalé et de celui qui doit traiter le signalement : le partenaire demandeur peut, par exemple, présenter l'hébergé à l'intervenant de l'EMPP ou le lui indiquer.

La troisième variable, l'identification de l'intervenant psy ou de l'EMPP par la personne signalée, joue dans les deux sens : elle peut autant faciliter la rencontre que la rendre impossible, selon que la personne souhaite ou non rencontrer l'EMPP. C'est-à-dire que certaines personnes acceptent plus facilement, voire demandent spontanément, à rencontrer l'intervenant de l'EMPP qu'elles ont l'habitude de voir passer toutes les semaines et, au contraire, d'autres éviteront plus facilement cette rencontre, en ayant repéré la personne à ne pas croiser et le moment où il faut s'absenter (le jour de la permanence de l'EMPP). Cette identification, dans un centre, est facilitée par les éléments avancés ci-dessus et, antérieurement dans le chapitre 3 : le fait que l'intervenant psy soit présenté ou indiqué à la personne signalée par la personne qui le signale, le bouche à oreille entre les hébergés, la présence régulière et longue de l'intervenant de l'EMPP dans le centre à l'occasion des permanences hebdomadaires.

A propos de la quatrième variable, le temps de présence de l'intervenant de l'EMPP dans le centre lors de ces permanences est assez important : environ 3h, au même jour de la semaine. Ainsi, si la personne demande ou accepte de rencontrer l'intervenant, comme elle connaît le jour de sa permanence, il lui suffit de se trouver dans le centre pour le rencontrer. Comme les rencontres se font sans rendez-vous précis, l'intervenant de l'EMPP peut aller à la recherche d'un hébergé, par exemple, en demandant aux membres de l'équipe qui est madame unetelle, s'ils l'ont vue et que s'ils la voient, qu'ils viennent la lui présenter ou qu'ils lui indiquent le bureau de la permanence psy. Si l'hébergé est occupé, s'il veut prendre sa douche ou son petit-déjeuner, s'il a un rendez-vous avec un autre professionnel, il peut toujours rencontrer l'intervenant psy avant ou après. Dans ce contexte, il est assez difficile que la rencontre ne se produise pas, sauf si la personne ne le souhaite pas.



Malgré ce temps de présence assez important, il arrive que la personne signalée à l'EMPP par l'équipe du centre quelques jours auparavant ne soit pas dans le centre au moment de la permanence psy : elle est partie très tôt ou n'a pas dormi dans le centre, parce qu'elle ne s'est pas présentée ou parce qu'elle n'a pas eu une place ce jour-là. En effet, dans le cas des places en hébergement d'urgence attribuées pour une nuit, il est plus difficile que la permanence psy coïncide avec la présence de l'utilisateur signalé. Mais, comme nous l'avons vu, les personnes reviennent souvent dans les centres et, si elles ne reviennent pas, elles posent moins de problème aux équipes qui, du coup, auront tendance à ne pas les signaler à l'EMPP<sup>1</sup>. Dans le cas des attributions de place pour une semaine en CHU, ainsi que dans les LHSS, la permanence psy étant hebdomadaire, il est normalement possible de rencontrer les hébergés signalés dans la semaine.

De plus, afin de faciliter ces rencontres, plusieurs arrangements peuvent exceptionnellement être mis en place. Ainsi, si l'hébergé travaille ou a des activités prévues dans l'horaire de la permanence, l'EMPP peut lui proposer un rendez-vous à un moment autre que celui des permanences : soit elle arrive plus tôt, soit elle passe à un autre jour, soit elle vient le soir, pendant la tournée de rue. Un autre exemple d'arrangement : il arrive que les équipes des centres renouvellent l'attribution de place justement pour que la personne soit présente le jour de la permanence psy, pour permettre une première rencontre, voire un début de prise en charge.

Etant donné tous ces éléments pouvant faciliter les rencontres dans les centres, il est possible d'attribuer les non-rencontres, notamment si elles se répètent, à un évitement de contact par la personne : un refus. En d'autres termes, les difficultés pratiques à la réalisation des rencontres étant faibles, il est assez aisé d'attribuer la non-rencontre à un refus de la part de la personne et ainsi légitimer la cessation des tentatives pour la rencontrer.

Cependant, dans les centres et dans le cadre des permanences psy, la question ne se pose pas de savoir s'il est légitime de poursuivre ou de cesser les tentatives pour les personnes jamais

---

<sup>1</sup> Dans les entretiens, il apparaît souvent la demande d'une présence psy plus importante dans les centres, dans l'idée qu'il faut que l'intervenant soit là lorsque le besoin s'exprime, du côté de l'utilisateur ou de l'équipe, et lorsque l'utilisateur est d'accord pour rencontrer un intervenant psy. Or, souvent l'utilisateur accepte justement parce que le psy n'est pas là, comme une demande/acceptation *pour plaire ou faire taire*. Cette notion d'urgence est réduite à sa dimension temps (il faut faire tout de suite) et souvent sans rapport avec sa dimension gravité. Ceci est à mettre en rapport avec ce qui a été dit dans le chapitre 5 à propos des signalements sélectifs ou systématiques.

trouvées, dans la mesure où l'intervenant psy n'y va pas uniquement pour la rencontrer, mais pour assurer régulièrement sa permanence. Dans ce sens, même si la personne refuse la rencontre, la simple présence répétée de l'intervenant sur le lieu où leur rencontre serait susceptible de se produire, à l'occasion des permanences, ne peut pas être considérée comme une insistance qui serait à légitimer. L'insistance, dans le cadre des centres, réside non pas dans leur présence mais dans leur tentative active de rencontrer une personne hébergée, comme nous avons vu dans le chapitre 6 lorsque, par exemple, l'intervenant de l'EMPP vient dire « coucou » pendant que l'hébergé est en entretien avec une conseillère sociale de la structure ; ou encore, dans les cas d'arrangements pour augmenter les chances de rencontrer la personne, en dehors des permanences. Cette question de l'insistance dans les centres se poserait si l'intervenant psy venait dans la structure uniquement pour rencontrer la personne (comme dans le cas d'autres EMPP) ou s'il continuait à la chercher activement dans le centre. D'autre part, il n'est pas nécessaire de légitimer une non-intervention, car l'intervenant est régulièrement sur place et disponible pour la rencontre. Donc, lors de non-rencontres répétées, dans le cadre des permanences dans les centres, il ne s'agit pas de qualifier l'intervention d'acharnement (intervention illégitime), ni la non-intervention d'abandon (non-intervention illégitime) : ni *sur-interventionnisme*, ni *sous-interventionnisme*.

## 1.2. Dans la rue

Si dans les centres il est plutôt rare qu'une personne ne soit pas rencontrée (sauf en cas de refus), dans la rue, au contraire, cela arrive très souvent<sup>1</sup>. Je suivrai les quatre variables présentées plus haut pour comprendre les raisons de cette difficulté pratique accrue. Nous allons voir qu'il est légitime de cesser les tentatives dans deux contextes opposés : soit lorsque les difficultés pratiques sont peu présentes, ce qui permet de déduire un refus de la personne (aspect moral) ; soit lorsque ces difficultés sont trop importantes, car dans ce cas, elles mettent en évidence l'inutilité de continuer les recherches (aspect pratique) et légitiment également leur cessation. C'est dans l'entre-deux, entre peu de difficulté et trop de difficulté, qu'il est

---

<sup>1</sup> Il est intéressant de remarquer qu'une personne inconnue signalée dans la rue sera cherchée dans la rue et une personne inconnue signalée dans un centre, sera recherchée dans ce centre et pas ailleurs. Ceci confirme que plus que repérer les personnes présentant éventuellement des troubles psychiques pour les faire accéder aux services spécialisés, le travail de l'EMPP est de donner une réponse à une demande lorsque l'interaction entre le demandeur et l'utilisateur pose problème. La demande est donc, comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, une légitimation de l'intervention, dans le cadre précis où elle a été formulée, et non pas une manière de repérer une personne malade pour la faire accéder aux dispositifs psychiatriques.

plus difficile de trancher s'il y a refus ou non, s'il est possible ou non de rencontrer les personnes, pour ainsi légitimer la continuation des recherches ou leur interruption.

Dans la rue, c'est plutôt l'aspect pratique qui prime pour la décision et sa légitimation, du fait des trop nombreuses difficultés pratiques à la réalisation des rencontres. Considérons les deux premières variables, la localisation du lieu où la rencontre peut se produire et la localisation de la personne. Elles sont largement tributaires de la précision des signalements : si ceux-ci ne comportent pas suffisamment d'éléments, l'EMPP a proportionnellement plus de difficultés à localiser le site et à identifier la personne. Prenons l'exemple d'un signalement verbal, consigné dans le cahier de signalements du bureau l'EMPP :

*« Pourriez-vous passer voir Monsieur Jean Dupont, d'environ 35 ans, qui dort autour du musée D'Orsay. Merci de ce que vous pouvez faire pour lui. »*

Il y a une vingtaine de personnes qui dorment dans ce site et il est difficile de savoir qui est Monsieur Jean Dupont. Le site a été localisé mais il est impossible d'identifier la personne, ce qui légitime la cessation des recherches. Mais un signalement qui précise la façon dont la personne est installée, si elle est suffisamment repérable parmi tous ses voisins, peut éventuellement faciliter son identification, même dans des sites à grande concentration de personnes, par exemple : une personne sera plus repérable si elle n'a pas de tente, alors que les autres en ont ou, au contraire, a une tente alors que les autres n'en ont pas, ou encore si elle a un chariot rempli de sacs poubelles ou un vélo.

Donc, pour permettre la localisation des sites et l'identification des personnes dans la rue, les signalements doivent comporter un maximum d'informations qui peuvent être obtenues et vérifiées visuellement. D'abord, une bonne localisation physique du site : le nom de la rue, le numéro face auquel la personne est installée ou un autre point de repère (à l'angle de telle et telle rue ; face à la boulangerie ; *« sous l'échangeur de la porte de Choisy, à la jonction du tunnel et du périphérique, sur un terre-plein triangulaire qui sépare les voies »*<sup>1</sup>. Et aussi, des repères sur son mode d'installation, comme cela a été cité plus haut (une tente, un matelas, un vélo, un chariot, des cartons, des tas de sac poubelle remplis, sous des parapluies). Et enfin, si possible, une description physique : âge présumé, corpulence, manière de s'habiller si celle-ci

---

<sup>1</sup> X. Emmanuelli (2003, p.163).

est particulière (par exemple, « *habillée comme un sapin de Noël* » ; avec des sacs poubelles accrochés aux pieds), barbe, lunettes. Cependant, si la personne dort, souvent ce type d'information se révèle peu utile, surtout si elle est couverte jusqu'au visage. L'EMPP essaye de trouver au mieux les sites et les personnes avec les éléments dont elle dispose, même s'ils semblent insuffisants. Si l'EMPP n'arrive pas à identifier le site ou la personne, elle peut légitimement arrêter de la chercher, en précisant ces difficultés au demandeur. Par exemple, dans le signalement qui suit la localisation du site n'est apparemment pas très précise :

*« Pourriez-vous passer voir une femme (de couleur) en haut de la Rue X, installée dans une cabine téléphonique. A notre arrivée, agitation +++, fait semblant de téléphoner, crie. Très difficile d'approche. La connaissez-vous ? Merci. »<sup>1</sup>*

Malgré les imprécisions (absence d'autres références permettant de localiser la cabine téléphonique en question), en général, l'EMPP essaye de trouver le site : il se peut qu'il s'agisse d'une petite rue, qu'il soit possible de la parcourir entièrement et qu'il n'y ait qu'une seule cabine téléphonique. Mais si le site est impossible à localiser, l'équipe n'y retournera probablement pas<sup>2</sup>. Cependant, dans ce signalement, plus encore que la difficulté à localiser la cabine téléphonique en question, ce qui décourage l'EMPP à y retourner, si le site ou la personne ne sont pas trouvés, est l'indice qu'il s'agit d'une personne errante. En effet, le plus souvent, les cabines téléphoniques et les abribus sont des exemples de lieux où les personnes ne se fixent pas. L'EMPP peut s'y rendre, mais la personne n'y sera probablement plus. Ce qui peut éventuellement faciliter que la personne soit trouvée, dans ce contexte, est la proximité dans le temps entre le signalement et la visite sur site ; comme par exemple lorsque le signalement est fait directement sur le portable d'un membre EMPP, au cours d'une tournée de nuit, et que l'EMPP y aille la nuit même.

Néanmoins, en plus de l'improbabilité de trouver les personnes qui n'ont pas de site fixe, c'est l'improbabilité encore plus importante de les retrouver par la suite qui pose problème. En effet, si une personne errante peut être rencontrée par les Equipes Sociales de Rue et par l'EMPP, juste après le signalement, elles ne la retrouveront de nouveau que par hasard et donc

---

<sup>1</sup> Ceci est le texte intégral du signalement, fait par email à l'EMPP, sauf pour le nom de la rue.

<sup>2</sup> Comme un signalement d'un homme sur une bouche de chaleur à la sortie du métro, rue de Rivoli. Or il y a plusieurs sorties de métro et plusieurs bouches de chaleur tout au long de la rue de Rivoli. De plus, plusieurs hommes sont installés dans des sorties de métro et sur des bouches de chaleur dans cette rue. Il est donc impossible de localiser le site et la personne.

toute prise en charge reste aléatoire. La question se pose donc de savoir quel est intérêt d'essayer de rencontrer une personne errante, qui sera vue par l'EMPP au mieux une fois et pour laquelle la possibilité de mettre en place une prise en charge est très infime. Deux éléments de réponse peuvent être avancés : d'une part, ces rencontres aléatoires peuvent faciliter une prise en charge future et d'autre part, elles peuvent permettre une prise en charge *expertise*.

En effet, lorsque des rencontres aléatoires se reproduisent au fil du temps, elles peuvent amorcer une prise en charge si la personne reste dans les circuits de rue ou bien si elle arrête son errance, s'installe quelque part et est signalée à nouveau à l'EMPP. Cela s'est produit pour un certain nombre de personnes et parfois, entre le premier signalement et le début d'un suivi, plusieurs mois voire plusieurs années se sont écoulées, parsemées de rencontres entre la personne et l'EMPP. Ces rencontres ponctuelles peuvent donc permettre un début de contact qui sera possiblement utile plus tard, comme un début de lien, de reconnaissance. De plus, si elles ne permettent pas une prise en charge *passerelle*, ces rencontres peuvent éventuellement permettre une *expertise* (évaluation et orientation, si nécessaire). Nous avons vu, dans le chapitre 7, la difficulté à faire une évaluation psychiatrique en contexte de rue, notamment lors des premières rencontres. Cependant, dans certaines situations, il est possible, dès la première rencontre, de constater chez la personne assez d'éléments psychiatriques pour une orientation au CPOA ou, au contraire, d'affirmer aux demandeurs qu'apparemment la personne ne présente pas d'indice de trouble psychique. Cela constitue une intervention habituelle de l'EMPP pour toute personne signalée, dans les centres ou dans la rue, errante ou non. La rencontre de personnes errantes peut donc être utile mais, étant donné le coût élevé des recherches dans la rue - en termes du temps que cela prend aux intervenants - et le bénéfice douteux de la démarche, il est possible d'affirmer que les difficultés pratiques à une première rencontre (et aux suivantes) sont suffisamment importantes pour légitimer la cessation des recherches des personnes, dès lors qu'il est possible d'affirmer qu'elles sont errantes.

Ainsi, il est important de savoir si la personne peut être régulièrement trouvée sur un site pour prendre la décision de continuer ou non à la rechercher lorsqu'elle ne s'y trouve pas - et dans la légitimation de cette décision. Mais, comment le savoir ? Des renseignements à ce sujet peuvent être obtenus auprès de ceux qui ont fait le signalement ou d'autres partenaires, qui peuvent parfois informer si la personne a été vue à plusieurs reprises sur le site indiqué ou

ailleurs. Un autre indice pour savoir si la personne est installée ou non est la présence, sur le site indiqué, d'objets tels que matelas, duvet, sacs plastiques, cartons, valises. Ainsi, l'EMPP suppose que la personne peut être trouvée sur le site dès lors qu'il y a des affaires pouvant lui appartenir et, dans ce sens, l'équipe aura tendance à y retourner, même si la personne n'y est pas. L'hypothèse qui sous-tend cette pratique est qu'une personne fixée sur un site peut cumuler des objets, au contraire d'une personne errante : il est peu probable qu'une personne se déplace beaucoup avec un grand matelas ou avec plusieurs sacs poubelles remplis. Cependant ces indices ne sont pas une garantie : ce sont peut être les affaires de quelqu'un d'autre ; ou bien ce sont ses affaires, mais elle n'est plus installée sur ce site : n'étant pas errante, elle a cumulé des affaires, s'est installée, mais ayant quitté le site récemment ses affaires s'y trouvent encore. Ce départ peut être définitif ou temporaire - par exemple, la personne est hospitalisée ou a trouvé une solution d'hébergement pour une période. Au contraire, il se peut qu'il n'y ait rien sur le site indiqué alors que la personne y est bien fixée. Par exemple, à l'occasion d'une hospitalisation, le site peut être nettoyé par les services de la mairie mais, quelques semaines plus tard, la personne retourne sur son site habituel. Enfin, certaines personnes s'installent sans avoir aucune affaire qui permette d'identifier un site. C'est-à-dire que la présence ou l'absence d'objets sur un lieu est un indice, mais pas une preuve, de la présence régulière d'une personne ou de son absence. Il s'agit donc d'un élément, parmi d'autres, participant à la décision de l'EMPP de retourner sur le site ou non, lorsque la personne ne s'y trouve pas. Car le fait que la personne soit errante renforce la difficulté pratique à localiser un site et la personne signalée et, dans cette mesure, légitime la cessation des recherches.

La troisième variable à examiner pour essayer de comprendre la difficulté à rencontrer les personnes dans la rue est la (im)possibilité pour elles d'identifier l'EMPP. Au contraire de ce qui se passe dans les centres, l'identification de l'EMPP par les personnes inconnues de cette équipe est très improbable, voire impossible, dans la rue. Comme nous avons vu dans le chapitre 3, aucun élément visuel n'indique qu'il s'agit d'une équipe psychiatrique. Au contraire, les éléments visuels qui peuvent être présentés à la personne, à savoir le véhicule avec le logo de l'Institution Sociale Partenaire et éventuellement le blouson, marqué avec le même logo, renforcent la confusion autour de l'identité de l'EMPP. La personne peut identifier qu'il s'agit de professionnels et non pas de simples passants mais, dans ce cas, elle

penserait qu'il s'agit d'un type d'institution (sociale) correspondant à un type de professionnel et à un type de pratique, alors que ce n'est pas le cas.

De ce fait, si la personne n'est pas rencontrée, et si l'hypothèse d'un refus est évoquée, c'est probablement un refus vis-à-vis de toute institution ou de l'Institution Sociale Partenaire en particulier : comme lorsque des personnes se cachent en voyant le véhicule avec le logo. Il n'est donc pas possible d'attribuer la non-rencontre à un refus de la personne à rencontre l'EMPP, puisque celle-ci ne peut pas être identifiée, comme cela peut plus facilement se faire dans les centres. Ce qui veut dire que, lorsque la personne est inconnue de l'EMPP, celle-ci ne peut pas mentionner l'argument du respect du refus (aspect moral) de la personne pour légitimer l'interruption des tentatives pour la trouver. La cessation des recherches ne peut donc être légitimée que par des aspects pratiques, par l'impossibilité à localiser le site et/ou la personne due à l'imprécision du signalement ou au hasard qui régit les rencontres à la rue.

Ce dernier élément correspond à la quatrième variable énoncée plus haut : la durée de présence de l'EMPP sur le lieu où la rencontre est susceptible de se produire. En effet, même si le signalement est assez précis et que la personne est bien installée dans un lieu ou un territoire restreint, l'EMPP ne passant qu'une fois au cours de chaque tournée dans le lieu où la personne est censée être, la rencontre ne se fera pas si justement à ce moment là elle est allée faire un tour ou acheter des cigarettes. J'ai eu cette expérience lors de mes entretiens dans la rue : je suis passée en voiture, la personne était bien sur son site et elle avait l'air de dormir. Le temps de garer la voiture et d'y retourner, elle n'y était plus. J'y suis repassée encore deux fois dans la même journée, à une heure d'intervalle à chaque fois, sans succès (JT, 8 août 2007). Et pourtant, cela faisait des années que l'EMPP rencontrait cette personne régulièrement sur ce site, où elle retournait invariablement après chaque séjour en institution (psychiatrique ou sociale) ou après ses voyages en métro. Une autre fois, avec l'EMPP, nous sommes arrivés sur le site, la personne n'y était pas mais, le temps de décider qui nous allions voir ensuite, nous l'avons vue arriver au bout de la rue : « désolée, je suis allée me chercher un sandwich » (JT, 19 décembre 2005). Il est à préciser que cette difficulté concerne toute l'activité de rue de l'EMPP, aussi bien pour les personnes jamais rencontrées que pour les personnes connues et suivies régulièrement par cette équipe<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> La part de rencontres non effectuées dans la rue par l'EMPP est très importante : 33,41% des visites sur site dans la rue se soldent par un « non trouvé ». Cela concerne des personnes qui n'ont jamais été trouvées, des personnes qui sont parfois trouvées et parfois non trouvées, d'autres qui sont perdues de vue, c'est-à-dire non-

Pour essayer de palier cet écueil et augmenter les chances de trouver une personne, il arrive que l'EMPP passe deux fois dans la même tournée par le même site, mais cela reste exceptionnel. Il arrive également que l'EMPP passe deux fois dans la semaine, de jour et de nuit. Aussi, au bout d'un temps de suivi, par les partenaires ou par l'EMPP, il est parfois possible de repérer des plages horaires dans lesquelles il est plus probable de rencontrer une personne sur un site précis (pour rencontrer untel, il faut passer avant 10h ; pour rencontrer un autre, il faut passer après 22h sur son site de nuit ou en journée, sur un autre site). C'est notamment le cas des personnes ayant des activités dans la journée, qui fréquentent des centres de jour, qui travaillent ou font la manche. Si malgré ces tentatives pour augmenter la probabilité de produire une rencontre avec la personne signalée, celle-ci reste introuvable, il est considéré légitime d'arrêter les recherches du fait d'une difficulté pratique trop importante.

Cependant, la présence de nouveaux signalements concernant la même personne peut légitimer la continuation des recherches - ou leur reprise - et illégitimer leur cessation. Comme nous l'avons vu, la première intervention des EMPP est souvent légitimée par la non-demande de la personne associée à une demande d'intervention de la part d'un tiers (« aller vers »). A l'inverse, lorsque la personne n'a pas été trouvée et que la demande d'intervention ne se répète pas, la seule non-demande de l'utilisateur n'a plus d'effet pour légitimer l'intervention. Ainsi, lorsque la personne n'est pas trouvée et faute de re-signalement, il est considéré légitime de cesser les tentatives. En revanche, chaque nouveau signalement devrait relancer la procédure de recherche (« aller vers »), notamment si aucune évaluation psychiatrique n'a pu établir l'absence de troubles psychiques. Ce n'est pas toujours le cas. Il arrive que les intervenants de l'EMPP répondent à ces re-signalements sans rechercher la personne à nouveau, seulement en expliquant au demandeur que cette personne a déjà été recherchée sans succès.

Au début de l'enquête de terrain, lorsque des personnes inconnues étaient signalées et non trouvées sur le site indiqué, il était rare qu'elles soient recherchées de nouveau. Vers la fin 2005, l'EMPP a réfléchi à une manière préciser le nombre de signalements reçus et de suivre ce qui se passait ensuite : quelles orientations et quels critères pour continuer à chercher les

---

trouvées depuis plusieurs semaines. Le nombre de non-trouvés dans les centres n'est pas relevé par l'EMPP, puisque ces personnes n'ont pas fait l'objet d'un déplacement spécifique pour un rendez-vous.



personnes. Un tableau a été créé où les signalements reçus devaient être inscrits : les intervenants y notaient les dates de passage, si la personne avait ou non été trouvée, si cela avait été fait de jour ou de nuit et quelle orientation avait été donnée (repasser en journée ou dans la nuit, inclure la personne dans la liste des suivis habituels, non trouvée à plusieurs reprises donc ne plus passer). Des discussions autour de ce tableau, il en ressortait qu'il fallait passer environ trois fois sur un site, s'il était possible d'attribuer la non-rencontre au moment du passage. Si au contraire, l'EMPP pouvait attribuer la non-rencontre au fait que la personne soit errante ou à un signalement trop imprécis, elle pouvait ne plus y retourner. Cependant, ce tableau n'a jamais été vraiment utilisé et il est donc difficile de déterminer objectivement combien de fois l'EMPP recherche une personne inconnue non trouvée dans la rue, pour quelles raisons et s'il y a une régularité de procédure.

Il est à préciser que ces discussions autour du traitement des signalements ont rarement été faites d'un point de vue moral : si la personne n'a pas été trouvée parce qu'elle se cache afin d'éviter les intervenants, est-il légitime d'insister ? Ou, au contraire, si elle n'a pas été trouvée parce qu'elle était ailleurs juste au moment où l'EMPP est passé, est-il légitime de ne plus y retourner ? Si la personne a été signalée, que les intervenants ne l'ont pas suffisamment cherchée et qu'il lui arrive quelque chose du fait de ses troubles psychiques et de leur non intervention, leur responsabilité peut-elle être engagée ? Enfin, si l'EMPP n'apporte pas une réponse consistante aux demandeurs, ne serait-elle pas moins fiable à leurs yeux ? Ces questions étaient rapidement écartées, lorsqu'elles étaient évoquées, et le critère sur lequel se basaient les discussions était surtout celui de la faisabilité, de la possibilité et de l'intérêt pratique de continuer les recherches : alors que l'EMPP avait déjà du mal à suivre les habitués, ceux qui sont rencontrés régulièrement, du fait du temps que cela prend, si elle se met à rechercher les personnes jamais trouvées trop longtemps, pour une probabilité minime d'avoir des résultats, cela se fera au détriment de ses autres missions. De plus, les membres de l'EMPP avançaient le risque de trop augmenter la file active dans la rue, ce qui rendrait difficile un suivi régulier des personnes : selon eux, il valait mieux suivre moins de personnes de manière soutenue que d'en suivre un plus grand nombre mais de façon ponctuelle. La comparaison avec ce qui se passe pour les personnes connues, prises en charge et perdues de vue éclairera un peu plus ce rapport coût-bénéfice entre la recherche de personnes jamais trouvées et celles de personnes dans les deux autres types de situation.

Cependant, avant d'aborder la situation des perdus de vue - et malgré le manque d'éléments pour analyser une pratique si peu codifiée - il est possible d'avancer que, dans les centres, il est considéré comme légitime d'arrêter les recherches, après quelques tentatives, avec l'argument d'un probable refus de la rencontre par la personne (aspect moral), étant donné que les conditions pratiques à celle-ci sont réunies. Ceci configure une situation de non-intervention légitime face à un refus de la part de l'utilisateur et sans que les conditions relatives à une intervention sous contrainte soient réunies. Dans la rue, au contraire, il n'est pas légitime d'arrêter les recherches avec l'argument du refus, d'une part du fait d'une identification improbable de l'EMPP par la personne et d'autre part, de la présence de difficultés pratiques à la rencontre. Dans ce contexte, ce sont les difficultés pratiques trop importantes (aspect pratique) qui permettent de légitimer la cessation des recherches. Ceci configure une situation de non-demande de l'utilisateur sans redemande de tiers, ce qui ne légitime pas une intervention. Cependant, comme il y a eu une première demande, si l'EMPP décide de continuer à chercher la personne, cela n'est pas illégitime non plus et ne sera donc pas considéré comme du *sur-interventionnisme*.

Par ailleurs, il est à retenir ce qui justifie la poursuite des tentatives pour rencontrer une personne signalée et jamais trouvée : ne pas avoir suffisamment d'éléments pour préciser s'il s'agit d'un refus, ne pas pouvoir affirmer l'existence de difficultés pratiques suffisamment importantes et de re-signalements concernant la même personne.

## 2. Les perdus de vue

Les perdus de vue sont des personnes qui étaient régulièrement<sup>1</sup> rencontrées par cette équipe et qui ne sont plus sur le(s) lieu(x) où elles sont habituellement trouvées, dans la rue ou dans les structures sociales, sans raison connue. Cela peut survenir à n'importe quel moment au cours de la prise en charge, même pendant le passage de relais en douceur<sup>2</sup>. Dans le cas des perdus de vue, les indices permettant d'évaluer si la non-rencontre est due à un refus sont fournis à la fois par l'analyse des difficultés pratiques à la réalisation de la rencontre et par l'histoire de la relation entre l'usager et l'EMPP. Ces deux sources d'indices seront présentées successivement, même si elles fonctionnent de façon très imbriquée.

### 2.1. Les difficultés pratiques à la réalisation de la rencontre

Dans ce contexte, deux des quatre variables<sup>3</sup> qui permettaient, dans le cas des jamais trouvés, d'attribuer ou non la non-rencontre à un refus de la part de la personne ne sont pas opérationnelles : la prise en charge en cours implique que la personne est identifiée par l'EMPP (deuxième variable) et que celle-ci est plus ou moins identifiée par la personne (troisième variable). Il ne reste donc que la première et la quatrième variable.

La première, relative à la localisation du site, est une difficulté pratique importante dans la mesure où la personne n'est plus sur les lieux habituels et bien localisés par l'EMPP. Il faudrait donc localiser son site actuel, ce qui peut être plus ou moins difficile à faire, comme cela sera détaillé par la suite (le périmètre des recherches). La quatrième variable, relative au temps de présence de l'EMPP sur le site où la rencontre est susceptible d'avoir lieu, est une difficulté qui apparaît en dehors des permanences dans les centres. Cependant ces deux variables doivent être examinées à partir de l'histoire de la relation entre l'intervenant/l'EMPP et l'usager afin de comprendre les indices qui indiquent que la non-rencontre peut ou non être attribuée à un refus par la personne, ce qui permet la décision – et

---

<sup>1</sup> Les personnes rencontrées une fois ou peu souvent sont dans une situation intermédiaire entre les non trouvés et les perdus de vue. Cependant, ce qui compte le plus n'est pas le nombre de rencontres, mais ce qui s'est passé lors de chaque rencontre, comme nous allons le voir par la suite.

<sup>2</sup> Il ne s'agit donc pas des personnes dont la prise en charge a été clôturée par l'EMPP et/ou par la personne elle-même, les deux parties ayant été informées.

<sup>3</sup> Les quatre variables sont : localisation du site, localisation de la personne, identification de l'EMPP par la personne et temps de présence de l'EMPP sur le lieu où la rencontre est susceptible de se produire.

sa légitimation - de continuer ou non à chercher la personne. Raul, infirmier de l'EMPP, l'explique :

*« AM : Et pour les gens qu'on va voir dans la rue, deux ou trois fois et qu'après on ne les trouve plus ? à quel moment on va pouvoir se dire qu'on ne va plus les chercher ?*

*On continue toujours à les chercher. C'est comme le gars du Passage Antoine, ça fait 6 mois qu'on ne le voit plus, on regarde toujours s'il est là. Paul Nallet, on passe, on regarde s'il est là, ça fait un an qu'on ne le voit pas ; puis juste à côté il y avait Marcel Perrin, un des vieux clochards, qui est déjà mort, mais je ne peux pas m'empêcher de regarder le site. Ce sont des gens pour qui on a été acteur des prises en charge, je ne sais pas à quel niveau, mais...*

*AM : Mais ce n'est pas qu'on va activement chercher, c'est quand on passe, on regarde.*

*Oui, mais il y a des gens qu'on va activement chercher. Parce que des gens qui nous ont été signalés et qu'on a jamais rencontrés, on va les chercher... un certain temps... maintenant...*

*AM : Par exemple Isabelle, tu l'as vu en 98 puis tu a passé je ne sais pas combien de temps sans la voir, puis on te l'a re-signalée...*

*Oui, mais la différence c'est qu'Isabelle était très mobile. Il n'y avait pas un site où je pouvais la chercher. Comment s'appelle la dame que je suivais... on a été pendant 6 ou 8 mois d'aller sur son site voir si elle y est. Et encore maintenant, je regarde quand je passe voir si Christelle n'est pas sur sa bouche de chaleur. Il y a des gens mobiles, qu'on voit jamais au même endroit, puis longtemps après on les voit ailleurs, je ne vais pas les chercher alors qu'on ne sait pas où ils sont. Par contre les gens qui sont toujours au même site, s'ils disparaissent, ce n'est pas normal. C'est comme Sai : elle est depuis je ne sais pas quand sur son site. Si elle disparaît, bien évidemment on va la chercher. Et pas que moi, parce que je vais*

*balancer sur tout le monde « retrouvez Sai Vann ! » Jeanne c'était pareil, Pierre Guillot c'était pareil, quand tu les a eus pendant des années ou des mois, au même site, dans les mêmes conditions, s'ils disparaissent ce n'est pas normal. Je ne peux pas te dire que je vais arrêter de les chercher. Paul Nallet, si on passe, en plus c'est sur le passage, rue de Rivoli, on cherche. Combien de temps on les cherche ? Je ne sais pas.*

*AM : Oui, mais il y a des signalements, par exemple, Corine Payet on a été la voir puis on a passé longtemps sans y aller, puis on y est retourné sur un re-signalement. Qu'est-ce qui s'est passé ?*

*Je n'en sais rien. En plus je n'étais pas référent de la prise en charge.*

*AM : Oui mais le premier signalement en général c'est les Equipes Sociales de Rue, c'est la nuit, c'est toi le premier à voir les gens, en général...*

*Sauf que Corine, je ne suis pas sûr que cela émane des Equipes Sociales de Rue de nuit. C'est peut-être de celle de jour.*

*AM : En tout cas, c'est toi le premier qui l'a vue.*

*Je ne sais pas, je ne me rappelle pas.*

*AM : Je me demande si ce n'est pas un effet de site, s'il est sur le passage ou s'il est au bout du 18<sup>e</sup> ...*

*Regarde notre petite dame rue de Madrid. Il faut y aller, ce n'est pas sur le passage, et on y va. Si elle n'est pas là une fois, on passe la semaine prochaine... En journée, on ne sait pas où elle est. Puis il y a des gens, je ne sais pas si on doit le dire, mais il y a des gens avec qui on a vraiment envie de s'investir, d'autres avec qui on n'a pas envie de s'investir. La petite dame rue de Madrid, elle a un*

*super contact avec Melissa, Lisa et Laurence ; avec moi et Arthur<sup>1</sup> c'est pas la peine. Mais on passe, principalement en hiver. »*

Si je me permets de citer ce long extrait, c'est qu'il met en évidence quelques aspects déjà discutés dans le cadre des personnes jamais rencontrées, qui sont également valables pour les personnes perdues de vue. Mais l'extrait présente également d'autres aspects spécifiques à ce dernier contexte. Il montre, notamment, que la difficulté à localiser une personne – connue ou inconnue - est un argument qui légitime la cessation des recherches, sans pour autant illégitimer leur maintien. Car les intervenants ne vont pas chercher une personne en comptant sur la possibilité aléatoire de la rencontrer une fois de temps, au cours d'une longue période, avant de pouvoir entamer une prise en charge. C'est ce qui s'est passé pour Isabelle, citée dans l'extrait<sup>2</sup>. Il montre aussi qu'il n'est pas possible de préciser combien de fois et pendant combien de temps les intervenants recherchent une personne.

Un autre aspect à souligner est que, dans le discours de l'infirmier, s'opère un passage entre une description de la pratique idéale et celle de la pratique réelle. Selon Raul, l'idéal semble être de chercher toujours les personnes, jusqu'au moment où elles sont (re)trouvées, comme s'il était illégitime de ne pas le faire, comme si ne pas les chercher revenait à les abandonner. Il est à remarquer qu'il parle de cette recherche, idéalement à durée indéterminée, de manière générale, mais sur le mode « *quand on passe, on regarde* », lorsque le site est sur le passage. Ce type d'action, qui relève plus d'une habitude que d'une recherche active, concerne au même titre une personne perdue de vue et une autre, décédée de longue date<sup>3</sup>. Ce n'est donc pas exactement une recherche, en vue d'une prise en charge, c'est une sorte d'habitude, c'est sur le chemin, cela ne demande pas de travail supplémentaire. Ainsi, du côté pratique, cette recherche est faisable et, du côté moral, il n'est pas nécessaire de la légitimer : si la personne est rencontrée, c'est le fruit du hasard, on ne l'a pas cherchée activement, ce n'est pas un *sur-interventionnisme*. Cela peut s'apparenter à ce qui se passe pour la permanence dans les

---

<sup>1</sup> Melissa, Lisa, Laurence et Arthur : membres de l'EMPP.

<sup>2</sup> On voit ici des exemples de situations intermédiaires entre les jamais trouvés et les perdus de vue. Isabelle était errante, donc ce n'était pas inquiétant de ne pas la voir pendant quelque temps (voir p. 232). Ainsi, elle n'est pas considérée comme perdue de vue. Mais elle était connue de l'EMPP et, de ce fait, il n'est pas possible de la considérer comme jamais vue.

<sup>3</sup> J'ai constaté ce comportement chez moi-même, alors que je n'intervient pas auprès des personnes : en soirée ou en week-end, par automatisme, je me surprends en train de regarder cet enfoncement du hall d'entrée de banque, ce coin de rue, ce bout de jardin où habituellement se trouvent ou se trouvaient des personnes suivies par l'EMPP, des personnes perdues de vue ou même décédées.

centres : l'intervenant n'est pas là pour cette personne en particulier, mais il se trouve que l'intervenant était là et la personne aussi. Néanmoins, au contraire de la permanence, dans la rue, l'intervenant va vers la personne jusqu'au bout, car s'il passe sans s'arrêter, la rencontre ne se fait pas<sup>1</sup>.

Cependant, partant de cette idée qu'il faut toujours chercher les personnes et de façon illimitée, au fur et à mesure que je lui soumets mes observations, Raul me parle des limites de cette recherche : pour des personnes inconnues « *on va les chercher... un certain temps, maintenant... combien de temps on les cherche, je ne sais pas* ». Puis, face à un exemple concret d'une personne qui n'a pas été cherchée, il met en avant la difficulté pratique à la rencontrer, du fait de son errance, afin de légitimer la cessation des recherches : il ne cherche pas et ne s'inquiète pas de ne pas trouver une personne errante, « *par contre les gens qui sont toujours au même site, s'ils disparaissent, ce n'est pas normal* ». Il apparaît ici un élément qui vient directement de ce qu'il connaît de la personne, de l'histoire de la relation, alors que pour les personnes jamais trouvées, il ne peut pas savoir si habituellement la personne est plutôt fixée ou si elle est errante.

Ainsi, la localisation du site sera ou non considérée comme une difficulté pratique plus ou moins importante en fonction de ce qu'il est connu de la personne à partir de l'histoire de la relation : cela fait trois fois que la personne n'est pas trouvée sur son site mais on suppose qu'elle est allée aux courses à Vincennes où qu'elle est à Nanterre, comme à son habitude. Ce sera inquiétant si cela dure plus longtemps. Tandis que pour une autre personne, il est très inquiétant de ne pas la trouver, dès la première fois. Et, pour une autre encore, errante, les recherches seront faites au hasard des passages.

Ensuite, et toujours par rapport à l'évolution du discours de cet infirmier, face à l'exemple d'une personne bien fixée, qui refusait le contact et qu'il n'est pas retourné voir, il dit ne pas savoir pourquoi il n'a pas insisté plus longtemps et, finalement, il affirme qu'« *il y a des gens avec qui on a envie de s'investir et pas avec d'autres* », ce qui m'avait déjà été dit par le psychiatre de l'EMPP. Il apparaît ainsi de nouveau l'importance de l'histoire de la relation

---

<sup>1</sup> Il arrive que les personnes viennent vers le camion lorsqu'il est arrêté à un feu tricolore. Dans ce cas, la demande de l'usager légitime l'intervention.

entre la personne et l'intervenant ou l'EMPP comme un élément permettant d'évaluer s'il y a ou non refus et de décider de la légitimité à poursuivre les recherches<sup>1</sup>.

## 2.2. L'histoire de la relation entre l'usager et l'EMPP

L'histoire de cette relation<sup>2</sup> comprend, notamment, le type de prise en charge (*expertise, passerelle* ou *à part entière*) et des épisodes qui ont eu lieu antérieurement. Il ne s'agit pas d'un élément influençant exclusivement les prises en charge dans la rue ou dans les structures sociales, mais il est aussi présent dans les suivis classiques des secteurs de psychiatrie. Dans un entretien, un infirmier qui travaille depuis quatre ans dans un CMP (plus de 20 ans en extrahospitalier) expliquait la difficulté à savoir jusqu'à quel point aller chercher les personnes qui ne viennent plus au CMP, qui sont en rupture de soin, car cela peut être l'expression d'un *refus positif* de la personne, qu'il convient de le respecter, mais ce refus peut aussi être lié à sa maladie ou à un accident, et dans ce cas, il convient d'intervenir :

*« Par contre, quand on connaît la personne... Je me souviens d'une dame, une dame... chiante, il faut le dire, une dame chiante. Elle se plaint tout le temps de tout, rien ne va, la femme de ménage ne fait pas comme il faut, enfin rien ne va jamais, elle se plaint toujours. Je la suivais comme ça, régulièrement, je n'allais pas la voir toutes les semaines, mais je la suivais régulièrement. Un jour, un voisin téléphone en disant qu'il ne la voyait plus, qu'il voulait savoir si elle était en vacances ou hospitalisée, bref il s'inquiétait pour elle. On va la voir chez elle, on sonne, pas de réponse. Mais il y avait des travaux dans le bâtiment, il y avait des échafaudages et elle habitait au premier étage. Je monte par les échafaudages et qu'est-ce que je vois : elle est par terre, inerte, depuis quelques jours. Bref, on l'a sauvée. Si j'étais pas monté...*

*AM : Comment ça se passe si une personne qui vient régulièrement à un moment donné ne vient pas ou plus ?*

---

<sup>1</sup> Ce dernier cas sera analysé dans la section suivante car il s'agissait non pas d'une personne perdue de vue, mais d'un refus de contact.

<sup>2</sup> Voir à ce propos A. Ogien et M. Toledo (1986) et L. Velpy (2006).



*Il n'y a pas de règle générale, c'est vraiment au cas par cas. En fonction de qui c'est, du feeling qu'on a, de l'angoisse de l'infirmier, il va soit attendre, soit passer un coup de fil, soit envoyer un courrier, soit passer chez la personne. Après, il ne faut pas tomber dans la toute puissance. Si la personne ne veut plus venir, il faut la laisser. »*

L'infirmier commence par dire « *quand on connaît la personne* », ce qui montre que l'histoire de la relation entre l'intervenant et la personne est un élément fondamental pour la décision. Il explicite également d'autres critères liés à l'intervenant : son feeling, son angoisse. Ces deux extraits montrent que, pour les personnes perdues de vue, c'est au cas par cas que les intervenants décident s'ils continuent à les chercher ou s'ils s'arrêtent. Et que les critères du cas par cas sont plutôt liés à l'histoire de la relation.

Enfin, ce dernier extrait met en évidence que, pour décider de continuer ou non les recherches, il s'agit, comme dans le cas des personnes inconnues, de comprendre si les non-rencontres sont dues à un *refus positif* de la personne (« *si la personne ne veut plus venir, il faut la laisser* ») ou à des difficultés pratiques : hospitalisation, prison, changement de site ou de ville, hébergement temporaire, maladie. Toutefois, les critères pour établir la part des choses sont différents dans un cas et dans l'autre. Dans le cas des personnes jamais rencontrées il n'est pas possible d'utiliser l'histoire de la relation pour obtenir des indices, comme c'est le cas pour les personnes perdues de vue.

A ce stade de la démonstration, il devient utile de préciser un détail qui, à partir d'ici n'en sera plus un, mais au contraire, fera toute la différence. Si jusqu'ici, il était possible de parler de refus tout court, à présent il sera nécessaire de rappeler la distinction entre le *refus positif* et le *refus en creux*. Dans le *refus positif*, les personnes refusent en connaissant suffisamment ce qu'elles refusent et étant en condition de choisir. En revanche, le *refus en creux* peut être lié à des états psychiques altérés par la prise de toxiques, par une maladie psychiatrique ou neurologique<sup>1</sup>. Un autre exemple est celui des personnes qui évitent les professionnels ou

---

<sup>1</sup> Il est possible de considérer que, lorsque ces états abolissent la capacité de jugement de la personne, il n'est pas pertinent de parler de choix : ni demande, ni acceptation, ni refus. Il importe de souligner que le refus des personnes dans ces états n'y est pas forcément lié : par exemple, la personne peut être psychotique sans que cela abolisse sa capacité de jugement. Cependant, lorsque c'est le cas, si la personne demande ou accepte une

leurs propositions par honte de leur situation. Cela peut enfin être le cas des refus motivés par une méconnaissance de ce qui est proposé (J. Damon, 2002). Cette distinction n'était pas opérationnelle jusqu'ici car lorsque qu'une personne n'a jamais été trouvée, il suffit d'affirmer l'hypothèse du refus pour légitimer la cessation des tentatives pour la rencontrer. En effet, si elle évite l'intervenant de l'EMPP, qu'il s'agisse d'un *refus positif* ou d'un *refus en creux*, il sera très difficile de la trouver et cette (quasi) impossibilité pratique suffirait à légitimer la décision de cesser de la chercher. Cependant, dans le cas des personnes perdues de vue, il sera important de faire cette distinction car s'il s'agit d'un *refus en creux*, il est parfois possible de la trouver, à partir des éléments fournis par l'histoire de la relation. Dans ce cas, les intervenants de l'EMPP connaissent quelques-unes de ses habitudes ainsi que des partenaires pouvant leur donner éventuellement des nouvelles. Et surtout, s'il s'agit d'un *refus en creux*, quelle légitimité à cesser les recherches ? Car ce type de refus n'exprime pas une volonté mais, au contraire, il a pour origine l'inexistence ou l'impossibilité d'une volonté ou de son expression. Il peut ainsi être rapproché de la non-demande, dans le sens où il n'est pas pertinent de parler de demande ou de refus positif. Je reprends ici les trois cercles entrelacés décrits dans le chapitre 4 dans lequel le *refus en creux* se situe dans l'espace commun entre le *refus positif* et la non-demande. Ceci me permet d'affirmer que la légitimité à poursuivre ou à cesser les tentatives pour rencontrer une personne repose sur la qualification du refus en tant que *refus positif* ou *refus en creux*. Le refus n'est donc pas une forme particulière de légitimation des interventions. Si une intervention peut être légitimée en cas de refus c'est parce qu'elle s'apparente à la non-demande et c'est celle-ci qui permet sa légitimation.

Comme la situation citée par l'infirmier du CMP, la situation présentée ensuite, celle de M. Mayer, montre que, dans le contexte de l'EMPP, il est difficile de décider de continuer ou non à chercher une personne perdue de vue. Elle montre aussi comment l'histoire de la relation joue dans cette décision, dans la mesure où elle aide à préciser si cette rupture est due à un *refus positif* ou *en creux* de la part de la personne ou à des difficultés pratiques. Enfin, cette situation met en lumière le fait que, lorsqu'une prise en charge *passerelle* ou *à part entière* est engagée, celle-ci permet de supposer une demande ou une acceptation de la part de la personne, ce qui écarte l'idée d'un *refus positif* et légitime la poursuite des recherches.

---

intervention, cela n'empêche pas objectivement l'intervention des équipes, comme cela peut être le cas si elle refuse.

M. Mayer était suivi par l'EMPP depuis fin 2005. Il faisait des séjours de quelques semaines dans les différents LHSS et, à la fin de chaque séjour, sa prise en charge était interrompue. Et, à chaque nouveau séjour, il était de nouveau régulièrement suivi par le psychiatre de l'EMPP, puis par l'assistante sociale également. En 2006, après plusieurs mois de travail autour notamment d'un projet d'hébergement plus stable, M. Mayer a été installé dans un hôtel mais a rapidement été re-perdu de vue. Pendant environ 6 semaines, l'EMPP l'a cherché à l'hôtel, sur son site habituel dans la rue, en arpentant les rues environnantes, dans les centres d'hébergement, auprès des partenaires, sans avoir aucune nouvelle de lui. L'EMPP lui laissé des messages à l'hôtel en lui demandant de reprendre contact avec l'équipe, mais elle n'a eu aucune réponse. Les intervenants de l'EMPP en sont venus à supposer que M. Mayer refusait de continuer la prise en charge, ce qui aurait dû entraîner la cessation des recherches. Lorsque j'ai demandé à l'assistante sociale de l'équipe pourquoi ils n'arrêtaient pas de le rechercher, elle m'a expliqué qu'elle aurait arrêté depuis longtemps, mais que l'hôtelier lui téléphonait régulièrement pour savoir qui allait le payer, puis pour savoir si, à la fin du mois, il devait garder la chambre pour M. Mayer. Finalement l'EMPP a appris que M. Mayer était hospitalisé, suite à une chute, et qu'il avait été amnésique, raison pour laquelle personne ne réussissait à le localiser. Dès que l'EMPP l'a retrouvé, elle a repris la prise en charge, du point de vue social et psychiatrique.

Il faut rappeler qu'il est courant que les personnes dont la prise en charge est en cours de passage de relais soient perdues de vue, le plus souvent juste avant ou juste après un événement important, comme un premier rendez-vous en CMP ou leur installation dans un logement. Ceci peut être entendu *a priori* non pas comme un *refus positif* de la démarche en cours ou de la rencontre avec l'EMPP, mais comme un *refus en creux* (entre non-demande et refus positif) ou d'une demande ambiguë (entre demande et refus positif), qui en appelle à un renfort d'intervention pour *créer une demande ou faire accepter*. C'est pourquoi l'EMPP a l'habitude de mettre en place un soutien plus soutenu à la personne durant ces périodes, ce qui a été fait pour Madame André (voir p.315), comme nous l'avons vu dans le chapitre 7, et pour M. Mayer, lorsqu'il a été installé à l'hôtel. Cependant, cela n'empêche pas toujours une rupture de prise en charge. De ce fait, il semblait aller de soi que M. Mayer soit recherché dans un premier temps, lorsqu'il a été perdu de vue, dans la continuité normale de la prise en charge.

Ensuite, l'histoire de la relation informe que M. Mayer bénéficiait d'une prise en charge qui était à mi-chemin entre une prise en charge *passerelle* et une prise en charge *à part entière*, notamment avec plusieurs démarches sociales en cours. Ceci permettait de considérer qu'il y avait au moins une acceptation des interventions, voire parfois des demandes<sup>1</sup> qui, une fois encore, écartaient l'idée d'un *refus positif* et servait de référence pour légitimer la poursuite des recherches.

Aussi, l'histoire de la prise en charge de M. Mayer fournissait-elle quelques éléments pouvant expliquer son absence autrement que par un *refus positif* et légitimant la poursuite des recherches. L'EMPP faisait l'hypothèse que M. Mayer avait peut-être recommencé à boire et avait honte de voir les intervenants de l'EMPP, ce qui s'était déjà produit auparavant ; ou qu'il n'avait peut-être pas le courage de leur dire qu'il ne voulait plus vivre à l'hôtel. Cela ressemblait plutôt à un *refus en creux* : ce n'est pas que M. Mayer ne souhaite pas rencontrer l'EMPP, c'est qu'il n'a pas le courage de le faire. Ainsi, l'idée des intervenants était de le retrouver pour lui dire que ce n'était pas grave, pour reprendre les choses avec lui et re-orienter la prise en charge.

Néanmoins, au fur et à mesure que le temps passait, l'EMPP a privilégié l'hypothèse d'un *refus positif* et se sentait de plus en plus légitime à arrêter les recherches ; elle commençait même à se sentir illégitime de continuer : cela commençait à ressembler à un acharnement, à un *sur-interventionnisme*. D'autant plus qu'il était de moins en moins possible d'attribuer la non-rencontre à des difficultés pratiques, comme la localisation de son site (hôtel ou sites habituels à la rue) ou le temps de présence sur le site (l'EMPP ayant fait plusieurs aménagements pour contrer cette difficulté).

Même si la demande répétée de l'hôtelier a été avancée par l'assistante sociale pour légitimer la continuation des recherches, nous avons vu que les re-demands d'intervention ne déclenchent pas toujours des nouvelles recherches. L'EMPP peut répondre qu'elle a fait ce qu'elle était en mesure de faire, que les difficultés pratiques sont trop importantes et qu'il est inutile de continuer les recherches. Elle peut ainsi légitimer la cessation des interventions. Cet argument, souvent utilisé dans le cas des personnes signalées et jamais trouvées, a été observé

---

<sup>1</sup> Il est arrivé que M. Mayer remercie les intervenants de l'avoir cherché jusqu'à le trouver pour l'accompagner en LHSS. Aussi est-il arrivé qu'il sollicite les équipes sociales pour qu'elles contactent le psychiatre de l'EMPP.

pour des personnes fixées avec qui l'intervenant de l'EMPP n'arrivait pas à entrer en contact, attitude qu'il pouvait assimiler à un *refus positif*. Mais ici, cet argument n'a pas été utilisé et le re-signallement de l'hôtelier a pu légitimer la continuation des recherches.

Par la suite, lorsqu'il a été possible d'établir que la non-rencontre n'était pas due à un *refus* mais à une impossibilité pratique, la prise en charge a pu redémarrer. L'objectif était de continuer les démarches en cours et de passer le relais aux équipes compétentes - sur le plan social et psychiatrique – afin éviter que M. Mayer ne se retrouve dans la rue et qu'il soit nécessaire de recommencer le travail à zéro.

Donc, avant d'apprendre l'hospitalisation de M. Mayer, l'EMPP avait du mal à définir si la poursuite des recherches était une *intervention ajustée* ou du *sur-interventionnisme*, mais ne se décidait pas à les arrêter, car cela pouvait être une *non-intervention ajustée* (en cas de *refus positif* de l'utilisateur) ou du *sous-interventionnisme*. L'équipe a fait un choix et ce n'est que rétrospectivement que ce choix a pu être qualifié d'*intervention ajustée*. C'est ce qui s'est passé pour l'intervention de l'infirmier du CMP qui a trouvé la patiente inconsciente dans son appartement. Il savait qu'il allait plus loin que ce qui est fait habituellement, mais c'est grâce à cela qu'il lui a sauvé la vie. Si elle avait été debout, à s'affairer, le fait de monter sur les échafaudages aurait été probablement qualifié de *sur-interventionnisme*. C'est ce qu'indique l'infirmier du CMP au sujet de cette intervention :

*« cela aurait été très intrusif pour elle, c'est sûr, mais là j'aurais pu lui expliquer qu'on sonnait, qu'on essayait de savoir si elle allait bien, qu'on s'inquiétait pour elle, puis elle se fâcherait, c'est sûr, mais elle comprendrait aussi quelque part. Pour une autre personne, je ne l'aurais pas fait mais pour d'autres raisons qui ont à voir avec ce qu'on connaît de la personne. »*

C'est donc parfois rétrospectivement que l'intervention – ou la non-intervention - peut être qualifiée de *sur* ou *sous-interventionnisme*, pour l'illégitimer, ou d'*intervention* ou *non-intervention ajustée*, pour la légitimer. Autrement dit, parfois ce n'est pas l'intervention décidée mais son résultat qui permet de la légitimer ou de l'illégitimer. Et, *in fine*, dans ce contexte, la décision est largement tributaire de l'histoire de la relation entre l'intervenant/l'équipe et l'utilisateur : *« Pour une autre personne, je ne l'aurais pas fait mais pour d'autres raisons qui ont à voir avec ce qu'on connaît de la personne. »*

J'insisterai sur l'articulation entre les informations fournies par l'histoire de la prise en charge et celles fournies par l'analyse des difficultés pratiques, notamment au sujet de la localisation des personnes perdues de vue. Nous avons vu que, pour les personnes jamais trouvées, il est possible que les recherches cessent assez rapidement, du fait des difficultés pratiques trop importantes. A présent, nous allons voir l'exemple inverse, de personnes perdues de vue, souvent prises en charge sur un mode *passerelle* ou *à part entière* et pour qui les tentatives de reprise de contact peuvent aller bien au-delà. Car dans ces cas, les frontières entre la *sous-intervention* et la *sur-intervention* sont poussées bien plus loin. Ainsi, lorsqu'il est question de continuer à rechercher une personne, il importe de préciser le périmètre dans lequel ces recherches sont légitimes. J'aborderai cette question du périmètre sous deux angles : les partenaires engagés dans la recherche et le type de structure (sociale ou sanitaire) où elle peut s'effectuer. Nous allons voir que la définition de ce périmètre est liée aux notions de secret professionnel et de secret partagé. De plus le périmètre même du secret professionnel est dessiné en fonction de l'histoire de la prise en charge. C'est encore celle-ci qui légitime ou non la continuité des tentatives pour reprendre contact sur des périmètres plus larges ou plus restreints.

### 2.3. Périmètre légitime des recherches et secret professionnel

Considérons d'abord le périmètre des recherches sous l'angle des partenaires invités à y participer. Les personnes suivies dans la rue perdues de vue sont prioritairement recherchées par l'EMPP, dans la rue, sur leurs sites habituels. Puis, à la demande de l'EMPP, les recherches peuvent être renforcées par des partenaires proches, comme les Equipes Sociales de Rue et éventuellement la BAPSA ou la DPP<sup>1</sup>, si l'EMPP sait que la personne est connue de ces partenaires. Cela ressemble à une sorte d'avis de recherche restreint : « avez-vous vu untel dernièrement ? si vous le voyez, pouvez-vous nous informer où il se trouve ? ». C'est à ces partenaires proches que l'infirmier de l'EMPP faisait référence, lorsqu'il affirmait que, si Madame Vann est perdue de vue, il allait : « *balancer sur tout le monde : retrouvez Sai Vann !* ». Il s'agit plus d'une recherche restreinte aux partenaires ayant été en contact avec la personne que d'un avis de recherche plus large. Même si, du point de vue pratique, cette

---

<sup>1</sup> BAPSA : Brigade d'Aide pour les Personnes Sans-Abri. DPP : Département de la Protection et de la Prévention.

recherche plus large pourrait se faire, l'EMPP considère que cela s'apparente à s'acharner, à traquer la personne et est, de ce fait, considéré comme illégitime (*sur-interventionnisme*). Aussi, considère-t-elle cette démarche peu productive, sur le plan de la protection à la personne ou de son accès aux soins, parce que celle-ci peut le vivre comme une intrusion, ce qui empêcherait la suite de la prise en charge, comme nous l'avons vu dans le chapitre 6.

Par ailleurs, les personnes sont quelques fois recherchées sur des bases de données comme celle de l'Institution Sociale Partenaire, qui permet de savoir si la personne a été hébergée dans une des structures de cette Institution. Ou, plus rarement, sur des bases de données d'institutions sanitaires publiques comme celle de l'APHP<sup>1</sup>, celle du CPOA ou encore celle de l'Institut Médico-légal. Il s'agit de recherches sur base de données ou fichiers et non pas de recherches auprès des acteurs.

Le deuxième aspect du périmètre des recherches concerne le type de structure (social ou sanitaire) où il est légitime d'essayer de contacter une personne perdue de vue. Par exemple, si l'EMPP apprend que la personne perdue de vue se trouve ou se trouvait dans une structure sanitaire, elle pourra prendre contact avec l'équipe soit pour continuer la prise en charge, soit pour mettre en place un passage de relais. Et ce sans qu'une nouvelle demande d'intervention soit nécessaire : l'EMPP intervient dans la continuité des prises en charge, avec la légitimation de l'accord de l'utilisateur, comme nous l'avons vu dans la situation de M. Mayer. Par contre, si l'EMPP apprend que la personne perdue de vue se trouve dans une structure sociale (à l'exception des partenaires proches comme l'Institution Sociale Partenaire ou Nanterre), elle ne la contactera probablement pas.

C'est ce qui s'est passé, par exemple, concernant une femme suivie pendant plus de cinq ans par l'EMPP dans la rue, toujours sur les mêmes sites. Elle avait une pathologie psychiatrique avérée et avait été suivie par un secteur pendant plusieurs années, mais était en rupture de soin. Malgré son refus réitéré de toute proposition de l'EMPP, elle acceptait ou plutôt tolérait les visites de cette équipe. En revanche, elle acceptait les propositions d'hébergement de la BAPSA et donc les deux équipes travaillaient en partenariat sur cette prise en charge. Si elle n'était pas sur son site un jour, l'EMPP ne s'inquiétait pas, faisant l'hypothèse qu'elle était à Nanterre et qu'elle reviendrait le lendemain. Ou, éventuellement, un intervenant de l'EMPP

---

<sup>1</sup> APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

téléphonait à la BAPSA afin de confirmer cette supposition. Puis, pendant plusieurs semaines, elle a été recherchée et non trouvée sur son site et aucun des partenaires (EMPP, Equipes Sociales de Rue et BAPSA) n'avait de ses nouvelles. Finalement l'EMPP a appris qu'elle était dans une structure sociale de long séjour et, ce jour-là, l'équipe s'est dit : « celle-là, normalement, on n'aura plus de ses nouvelles ». Cette femme avait des troubles psychiatriques qui pouvaient bénéficier de soins, mais l'EMPP n'a pas renoué contact avec elle pour éventuellement la reprendre en charge, permettre son accès aux soins psychiatriques ou passer le relais à l'équipe sociale. Il est possible de dire qu'en l'absence de demande d'intervention de la part d'un tiers ou de la personne elle-même, en l'absence de démarches en cours, lors de la rupture, rien ne légitimait la continuation des recherches, mais elles ont été poursuivies pendant plusieurs semaines. Pourquoi ont-elles cessé du moment où l'EMPP a appris sa prise en charge par une structure sociale, alors que, pour d'autres personnes - dans la même situation, mais ayant été prises en charge par une structure sanitaire -, l'EMPP a cherché à reprendre contact ? La notion de secret professionnel<sup>1</sup> est une hypothèse qui peut permettre de comprendre cette différence dans l'attitude de l'EMPP, entre la continuité de la prise en charge lorsque les personnes perdues de vue sont retrouvées dans une structure sanitaire et la rupture, lorsqu'elles sont retrouvées dans une structure sociale.

Comme nous l'avons vu antérieurement, dans le cadre d'un passage de relais en douceur (chapitre 7), l'EMPP peut contacter autant des équipes sanitaires que des équipes sociales car l'utilisateur, étant partie prenante du projet, est informé et est *a priori* d'accord pour que ces contacts se fassent. Mais surtout, ces contacts sont souvent nécessaires, voire fondamentaux, à la mise en place du projet. Alors que dans le cas de rupture (perdus de vue), l'utilisateur ne participe pas à cette initiative de prise de contact avec les autres équipes. S'il n'y a pas de projet en cours pour la personne concernée, les intervenants de l'EMPP seront moins enclins à contacter l'équipe qui l'a en charge. Cependant, lorsqu'il s'agit de structures sanitaires, il est possible de faire valoir la notion de secret partagé<sup>2</sup> pour discuter des prises en charge avec les

---

<sup>1</sup> Les questions de secret professionnel et secret partagé sont complexes et mériteraient un développement plus important, qui dépasse la prétention de ce travail. Je me permets cependant d'avancer quelques éléments dans le but d'étayer mon hypothèse.

<sup>2</sup> En effet, en ce qui concerne le secret partagé, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique précise que « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »



équipes relais, alors que cela n'est pas forcément le cas lorsqu'il s'agit d'institutions non sanitaires, à l'exception des partenaires sociaux proches.

Ces questions de secret professionnel ne jouent pas toujours un rôle direct dans les décisions de l'EMPP, dans le sens où la plupart des intervenants n'y faisaient pas directement référence, pendant la période de cette recherche. Néanmoins, je fais l'hypothèse qu'il s'agit d'un élément de culture professionnelle, qui fait qu'entre certains professionnels il y a un « entre nous » permettant de parler librement, surtout si les interlocuteurs sont du même métier<sup>1</sup>. A ce sujet, Frison-Roche (1999) fait remarquer que :

*« Lorsqu'un professionnel détient un secret, il a pour charge de le conserver, en ne le divulguant à personne. Mais un autre professionnel n'est pas n'importe qui : il est au contraire pour le professionnel un autre soi-même. Il y a de l'Alma Mater dans toute profession. Dès lors, on pourrait soutenir qu'un professionnel qui confie à un autre professionnel un secret qu'on lui a apporté ne méconnaît pas sa charge. Il a parlé à lui-même ; cela relève du soliloque davantage que de la communication. A cet argument à la croisée de la morale et de la sociologie, s'ajoute un argument très pragmatique (...) : comment peut-on soigner si la mise en commun des secrets ne permet pas cette appréhension globale du malade dont on nous dit qu'elle constitue un art supérieur de soigner ? Parce qu'il y a une culture d'appartenance à un même corps professionnel, le secret doit pouvoir circuler en son sein, dès l'instant qu'il ne s'enfuit pas vers l'extérieur, vers le non-professionnel, vers le professionnel d'un autre ordre, le juge par exemple. »*  
(p. 63, 64)

Et, plus loin, elle ajoute qu'il n'existe plus seulement un secret professionnel, celui du médecin, par exemple ; il s'agit maintenant du secret professionnel du psychiatre, celui du radiologue, puisqu'il n'y a plus d'unicité dans la profession, mais des spécialités. Cette segmentation du secret est, selon cet auteur, une suite de la spécialisation des disciplines. Elle remarque ensuite une recomposition de l'unité du secret professionnel, par exemple entre

---

<sup>1</sup> J'ai été étonnée de remarquer que les psychiatres vont les uns dans les services des autres sans prévenir, sans sonner, en utilisant leur passe pour ouvrir les portes, comme s'ils étaient tous chez eux, comme si tous les services faisaient partie d'un grand chez nous. Il est à noter également que le CPOA transmet des informations concernant les patients, par téléphone ou par fax, aux professionnels psychiatriques ou à des médecins, mais pas à d'autres professionnels participant à la prise en charge, par exemple sociale, de la personne.

médecin, infirmiers et autres thérapeutes ; mais aussi entre le psychiatre et le juge d'application de peines pour une affaire de crime sexuel : cela est la suite de la constitution d'équipes pluridisciplinaires autour d'une situation particulière<sup>1</sup>.

Ainsi, le partage d'informations médicales relatives à une prise en charge se fait plus facilement au sein de l'EMPP et entre des professionnels du même métier et d'un même type d'institution (par exemple, entre les différents professionnels de l'EMPP et les équipes de secteur psychiatrique), qu'entre professionnels de spécialités et d'institutions différentes (par exemple, entre le psychiatre de l'EMPP et le médecin de l'Institution Sociale Partenaire) et encore plus difficilement entre l'EMPP et les équipes sociales en général. Car dès lors que l'EMPP contacte une équipe sociale au sujet d'une prise en charge commune, elle l'informe, par ce même acte, que la personne en question est suivie par une équipe psychiatrique, ce qui est une information protégée par le secret professionnel et qui donc doit faire l'objet de conditions particulières pour être partagée. En effet, la circulaire Santé-Justice du 21 juin 1996 précise que :

*« Il convient, dans cette hypothèse, de ne transmettre que les éléments nécessaires, de s'assurer que l'utilisateur concerné est d'accord pour cette transmission ou tout au moins qu'il en a été informé, ainsi que des éventuelles conséquences que pourra avoir cette transmission d'informations et de s'assurer que les personnes à qui cette transmission est faite sont soumises au secret professionnel et on vraiment besoin, dans l'intérêt de l'utilisateur, de ces informations.*

*Le professionnel décidant de l'opportunité de partager un secret devra également s'assurer que les conditions de cette transmission (lieu, modalités) présentent toutes les garanties de la discrétion. »*

Or tous les professionnels ne sont pas tenus au secret professionnel. Aucune liste exhaustive des professionnels tenus au secret n'est dressée dans l'article 226-13 du code pénal<sup>2</sup>, mais il

---

<sup>1</sup> Cet auteur parle de « transdisciplinarités des démarches efficaces », ce qui concerne aussi bien le juge, le comptable, etc.

<sup>2</sup> « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende ».

est possible de citer les fonctionnaires<sup>1</sup> et les professionnels de santé. Certains, comme les éducateurs spécialisés, sont tenus uniquement à la discrétion, s'ils ne sont pas fonctionnaires. Enfin, toutes les équipes sociales partenaires ne sont pas composées uniquement de professionnels, mais comptent souvent, voire exclusivement, des bénévoles (par exemple, les Restos du Cœur et la Croix Rouge). Cependant, dans le cadre de la « transdisciplinarité des démarches efficaces », il est possible d'admettre que des informations relatives à une prise en charge puisse être échangées entre des professionnels de santé (l'EMPP) et des partenaires sociaux qui, faute d'être concernés par le secret professionnel, peuvent présenter une garantie de discrétion donnée par la confiance créée entre eux au fil de prises en charges précédentes. Et, bien sûr, dans la mesure où ces échanges sont nécessaires au travail effectué par les intervenants (professionnels ou pas) dans l'intérêt de l'usager et surtout que ce dernier en est informé – ce qui n'est pas possible lorsqu'il est perdu de vue.

C'est donc, me semble-t-il, à partir de cette notion de secret partagé - plus présente en tant que culture professionnelle que comme cadre de référence légal, que les intervenants de l'EMPP vont chercher à recontacter les personnes perdues de vue plutôt dans les institutions sanitaires et moins dans les institutions sociales, pour une suite de prise en charge. C'est aussi, dans une certaine mesure, fondés sur ces notions de secret professionnel et de secret partagé qu'ils vont plus chercher les personnes pour qui des démarches s'amorçaient ou étaient en cours - ce qui permet de supposer, et d'extrapoler, au moins un accord pour la transmission de certaines informations à certaines équipes partenaires. De plus, si des démarches sont en cours, il est possible de considérer que les recherches, et une éventuelle reprise de contact, sont faites dans l'intérêt de la personne. Enfin, c'est basé sur ces notions que les intervenants de l'EMPP vont élargir ou restreindre le périmètre des tentatives de rencontres aux institutions qui étaient déjà en contact avec la personne et qui donc constituaient une sorte d'équipe transversale autour de cette prise en charge en particulier (selon l'histoire de la prise en charge).

Ainsi, dans le cas des personnes perdues de vue, l'histoire de la prise en charge est l'élément principal permettant ou non d'attribuer la non-rencontre à un *refus positif* et légitimant, le cas échéant, la cessation des recherches. En d'autres termes, lorsqu'une personne est prise en charge sur le mode *passerelle* ou à part *entière* et que des démarches sont en cours, il est possible de considérer qu'elle est en *zone de demande* et donc de supposer que, lorsqu'elle est

---

<sup>1</sup> L'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 fait référence au code pénal.

perdue de vue, la non-rencontre n'est pas due à un *refus positif*. De plus, l'histoire de la prise en charge contribue à établir un périmètre dans lequel il est légitime de chercher à reprendre contact avec la personne perdue de vue et au delà duquel cela ne l'est pas. Aussi, c'est en fonction de cette histoire, dans le sens des démarches qu'elle a permis d'engager pour son avenir, que l'EMPP pourra décider d'arrêter les recherches, sans que cela ne soit assimilé à un abandon (*sous-interventionnisme*), ou de les poursuivre, sans que cela ne soit assimilé à de l'acharnement (*sur-interventionnisme*). Enfin, cette histoire permet d'établir les bases de partage d'information qui sont liées au périmètre de recherche et à l'intérêt même de poursuivre les recherches dans l'optique d'une reprise en charge de la personne, au cas où les recherches aboutissent.

### 3. Les refus de contact

Dans les deux situations précédentes, l'EMPP ne peut pas contacter les personnes du fait qu'elles ne sont pas ou plus trouvées, cela pouvant être éventuellement attribué à des difficultés pratiques trop importantes ou à un mode de refus de la rencontre, comme un évitement. Il s'agit, dans ce cas, d'un refus présumé et qui peut suffire à légitimer la cessation des recherches. Mais il arrive que la rencontre n'ait pas lieu, alors même que l'EMPP a pu localiser le site, identifier la personne et que celle-ci s'y trouve. Ce sont des personnes qui, lors d'une première tentative de contact, ont plus ou moins clairement signifié à l'EMPP qu'elles ne souhaitent pas la rencontrer. Il s'agit alors d'un refus constaté et non pas supposé. Dans ces situations, la question se pose encore plus fortement de savoir comment se constitue la légitimité de cette équipe pour poursuivre ou interrompre les tentatives d'établir un contact. Car, s'il est légitime d'intervenir en cas de demande, et même de non-demande, comment légitimer une intervention en cas de refus, si la situation ne correspond pas aux critères prévus par la loi pour des hospitalisations sous contrainte ? Tout l'enjeu ici est de faire la part entre le *refus positif* et le *refus en creux*.

Tout d'abord, il faut faire la différence entre les personnes qui ont déjà été suivies par l'EMPP et celles qui ne la connaissent pas. Dans le premier cas, notamment lorsque la personne en question avait bénéficié d'une prise en charge *passerelle* ou à *part entière*, la poursuite des

tentatives peut être légitimée par l'histoire de la relation, comme dans le cas des personnes perdues de vue. C'est le cas également dans la psychiatrie ordinaire, où il est légitime d'intervenir auprès d'une personne connue, même en l'absence de demande, si l'on peut se référer à une demande préalablement formulée. Cet extrait de l'entretien avec M. Gaudin<sup>1</sup>, qui était suivi depuis plusieurs années par l'EMPP, montre comment il a refusé de rencontrer les intervenants de cette équipe après une situation de désaccord et comment ces intervenants ont utilisé la connaissance qu'ils avaient de son fonctionnement (histoire de la prise en charge) pour décider de continuer ou non à venir le voir :

*« Ils m'ont envoyé à l'Oiseau Vert dans une clinique psychiatrique pour les drogués et tout.*

*AM : C'est quoi ?*

*Moi, ils m'ont dit : « écoute François... », avec le docteur Mallet (psychiatre de l'EMPP), toute l'équipe, entre eux ils ont discuté, ils ont dit : « il faudrait une maison de repos pour François, pour qu'il se repose parce qu'il est très nerveux ». Alors ils ont dit : « oui, on va essayer de trouver ça ». Un beau jour, il me dit : « tiens, demain tu t'en vas, demain matin... ».*

*AM : Qui vous a dit ça, Julien (infirmier de l'EMPP) ?*

*Oui, comme ça, du jour au lendemain. Alors moi, tout content, je commençais à préparer mes affaires, machin. Je dis : « je vais où ? », il me dit : « ça s'appelle l'Oiseau Vert, c'est à côté de telle ville ». Alors y en a pour trois-quarts d'heure...*

*AM : C'est eux qui vous ont accompagné ?*

*Non, c'est une ambulance. J'arrive là-bas, je vois marqué à l'entrée « L'Oiseau Vert, bienvenue, clinique psychiatrique ». Alors là j'étais plus du tout d'accord.*

---

<sup>1</sup> Voir un autre extrait de l'entretien de M. Gaudin à la page 254.

*AM : Jusque-là vous étiez d'accord, mais vous n'aviez pas compris que c'était une clinique psychiatrique ?*

*Mais j'avais rien à... Même les trois psychiatres qui étaient là-bas, ils m'ont dit : « mais vous venez faire quoi ? » j'ai dit : « mais voilà, Monsieur, je suis là pour mon ulcère, pour qu'on me guérisse mon ulcère ». Il me dit : « mais vous avez pas d'ulcère ici, ici c'est des gens qui sont malades de... ». C'est tous des gens complètement drogués, tout. En fin de compte, ils m'ont gardé quand même dix-sept jours. Alors pendant dix-sept jours, j'ai été quatre ou cinq fois en véhicule VSL à l'hôpital pour refaire faire mon pansement et puis à force, j'ai conservé le numéro d'hôpital, j'ai téléphoné et je les ai eus. Elle me dit : « ah François comment ça va ton séjour ? » je dis « parlez d'un séjour ? Vous allez me faire rapatrier tout de suite d'ici sinon je fous le camp ! ». Elle me dit : « comment ? ». Alors je lui explique. Elle me dit : « aujourd'hui c'est pas possible, j'ai pas de chambre de libre, par contre demain j'ai quelqu'un qui part ; demain après-midi, je fais envoyer une ambulance qui vous rapatrie ». Donc le lendemain après-midi, j'étais assis en train de fumer une cigarette, de boire mon café. Quand l'ambulance est arrivée, j'ai dit : « c'est peut-être pour moi ». Y a une femme qui se met à la fenêtre parce que je suis surveillé là-dedans, elle me dit : « allez, on vient vous chercher ». Mes bagages, j'avais juste défait de quoi me laver. Alors je reviens ici, quand j'ai expliqué ça aux infirmiers et tout, ils ont dit : « c'est pas possible », je dis : « je vous jure sur la tombe de mon père et de ma mère, de mon père, de mon grand-père, de ma grand-mère que c'est vrai ». Le lendemain, j'étais assis, j'allais leur fonder dessus par la colère, j'avais rien à foutre dix-sept jours là-dedans quand même. Et j'ai dit : « plus jamais, toi pareil, sinon je vous tue tous les deux (l'infirmier et le psychiatre de l'EMPP) ». Bon, ils ont dit : « laissez-le tranquille, il se calmera tout seul, on le connaît, il va se calmer, il va faire la gueule pendant un certain temps et après il va plus y penser ».*

*AM : On vous connaît ici.*

*Oh la la la, ils me connaissent de A à Z. Ils connaissent mon caractère. Et puis après, ça a bien duré 15 jours, 3 semaines, peut-être même un peu plus. Un beau jour, il est venu me voir dans la chambre, il a dit : « allez, on fait la paix ». Je dis : « ah bon, on fait la paix, pour retourner à l'Oiseau Vert encore ? », il me dit non. Je dis : « recommence plus avec ça, c'est fini, on n'en parle plus ». Et voilà et puis ça s'est arrêté là. (...) !*

*AM : On parlait de l'aide qu'ils pourraient vous apporter, quand Joëlle et Julian ont été vous chercher dans la rue, vous avez vécu ça comme une aide ou au contraire, vous avez vécu ça comme : laissez-moi tranquille, je veux pas y aller.*

*Au début, c'est ce que je leur ai dit, mais en fin de compte je suis monté avec eux. Si, pour moi, au début, j'étais un peu dans le cirage, mais après, ils sont venus me chercher quand même. Ils sont venus au-devant de moi quand même, ils m'ont pas ignoré. Pourtant j'étais bien bourré.*

*AM : Quand vous dites « laissez-moi tranquille », il ne faut pas trop vous croire ?*

*Non, parce qu'en fin de compte, je les ai suivis alors donc c'est que...*

*AM : Vous êtes parti tout de suite avec eux ?*

*Tout de suite.*

*AM : Est-ce qu'il y a eu d'autres occasions où ils sont venus...*

*Oui, ils sont venus deux, trois fois me voir dans le jardin, mais là je les ai envoyé balader.*

*AM : Vous n'êtes pas allé avec eux ?*

*Non, je suis resté avec ma bouteille.*

*AM : Ils ont respecté votre envie de rester ?*

*Oui*

*AM : Ou ils auraient du insister ?*

*Ils ont insisté, mais non, non, non. Ils sont venus à trois, docteur Mallet, Julien et Joëlle. Non, non, chacun leur tour, ils sont venus et les trois sont venus. Je me souviens y avait même une jeune fille avec eux, sûrement une stagiaire, pareil j'ai dit : « non, non, c'est pas la peine, dégagez, merde, faites chier ».*

*AM : Ils ont compris...*

*Ils ont compris qu'il vaut mieux me voir une fois que je serais sorti de (cet état-là). Et quand ils m'ont vu, ils m'ont retrouvé ici, j'étais hospitalisé. Mais j'étais bien ici, j'étais bien dans ma peau.*

*AM : Cette manière d'intervenir, ça vous convient, vous ne vous sentez pas abandonné...*

*Non, la preuve que non.*

*AM : Vous ne vous sentez pas harcelé par l'équipe parfois ?*

*Mais non, j'appelle pas ça du harcèlement, moi. C'est aider les gens, c'est pas harceler les gens, ça. Par contre, si je veux pas venir, je viens pas, c'est tout. »*

Dans cet extrait, M. Gaudin montre la confiance qu'il accordait à l'EMPP, qui décide de ce qui est mieux pour lui, qui lui propose un projet auquel il adhère facilement. Par ailleurs, sa difficulté à reconnaître ses troubles psychiques est évidente : il lui a été dit qu'il allait dans cette structure pour « *se reposer parce qu'il est très nerveux* », mais arrivant sur place, découvrant le caractère psychiatrique du lieu, il n'est pas d'accord et dit qu'il était là pour son ulcère (au pied). Il se sent trompé par l'EMPP, ce qui est d'autant plus grave qu'il leur faisait complètement confiance. Une fois de retour en LHSS, lorsque M. Gaudin refuse le contact



avec l'EMPP, équipe qu'il connaît bien, il refuse en connaissance de cause : c'est un *refus positif*. Il sait qui sont ces personnes (le psychiatre et l'infirmier), pourquoi ils viennent le voir, ils ont une histoire en commun. Ensuite, M. Gaudin nous montre comment, concernant la situation de la clinique et celle des rencontres dans la rue, les intervenants de l'EMPP savent s'ils doivent ou non insister à partir de la connaissance qu'ils ont de son mode de fonctionnement : s'il est énervé, ce n'est pas la peine d'insister ce jour-là, c'est un *refus positif*, il faut laisser passer un peu de temps avant de revenir à charge. Dans d'autres situations, fondés sur cette même connaissance, ils ont insisté, sachant que cela ne serait pas entendu par lui comme une intrusion ou du harcèlement, car il s'agissait plutôt d'un *refus en creux*.

En revanche, dans le cas des personnes inconnues de l'EMPP, les questions se posent autrement. Il faut préciser que, lors des premières tentatives de contact, les personnes sont fréquemment réticentes, voire refusent le contact avec l'EMPP, notamment si elles savent ou supposent qu'il s'agit d'une équipe psychiatrique : « je ne suis pas fou ! », disent-elles souvent. Ainsi, si l'EMPP cessait toute tentative de contact du moment où la personne le refuse, elle serait dans l'impossibilité de traiter de nombreux signalements, avant même de pouvoir évaluer la situation. Dès lors, un des arguments légitimant la poursuite des tentatives d'établir un contact consiste à considérer que, comme les gens refusent souvent au début, il faut insister pour *créer une demande ou faire accepter* le contact, comme nous l'a vu dans le chapitre 6 : il s'agit de mettre en confiance, de créer un lien. Cela fait presque partie du « protocole » de début d'intervention. De plus, il est à envisager qu'un certain nombre de tentatives de la part des intervenants est nécessaire avant de considérer qu'il s'agit d'un *refus positif* et pouvoir ainsi légitimer leur cessation<sup>1</sup>.

Sachant que ce refus d'emblée est particulièrement observé chez les personnes qui ont des troubles psychiques et qui ne le reconnaissent pas et/ou chez celles qui ont eu une mauvaise

---

<sup>1</sup> Ceci ressemble aux situations dans lesquelles une personne - ayant un cancer, par exemple - refuse un traitement et que ce refus peut entraîner des conséquences graves pour sa santé : le médecin doit insister et, seulement au bout de quelques tentatives (*créer une demande ou faire accepter*), il peut considérer qu'il est face à un *refus positif* qu'il s'agit de respecter. Cependant, ce n'est pas tout à fait pareil d'insister pour faire accepter un contact ou un traitement. Dans le cas du cancérologue, la personne est venue d'elle-même à la consultation (demande en présence, telle que décrite dans le chapitre 4). Si elle ne revient plus, il n'ira pas la chercher. Si elle revient, même si elle refuse le traitement proposé, elle ne refuse pas le contact. Dans le cas que je décris ici, le contact même est refusé et l'EMPP va vers la personne, d'où la question épineuse de savoir jusqu'à quel point il est légitime d'insister pour obtenir ce contact.

expérience avec la psychiatrie, si l'EMPP s'arrêtait au premier refus, elle opérerait par là même un effet de tri paradoxal : ceux qui en ont le plus besoin seraient exclus du dispositif. Encore une fois, il est question de faire la part entre un *refus positif* qui exprimerait le choix de la personne de ne pas avoir affaire à l'EMPP ou à un *refus en creux*, du à une circonstance autre l'empêchant de faire ce choix, comme l'état altéré de la capacité de juger ou une méconnaissance de ce qui lui est proposé. Dans l'extrait qui suit, une conseillère sociale (30 ans, quatre ans d'expérience dans deux structures de l'Institution Sociale Partenaire) montre qu'il est légitime d'intervenir en cas de refus si l'on peut supposer qu'il s'agit d'un *refus en creux* :

*« Mais si elle refuse... Dans notre tête, si on refuse quelque chose c'est qu'on est angoissé de la chose, donc il y a un travail à faire pour que l'angoisse soit diminuée au moins et qu'après elle puisse choisir. »*

Tant qu'il n'y a pas suffisamment d'éléments indiquant que le refus est l'expression de la volonté libre de la personne, un *refus positif*, l'intervention ne serait pas une atteinte à la liberté de la personne (*sur-interventionnisme*), mais une manière de la garantir : l'angoisse l'empêcherait de choisir librement, donc l'intervention lui permettra de diminuer cette angoisse et d'effectuer un choix quitte, à ce moment-là, à ce que son choix soit de refuser, dans quel cas ce sera un *refus positif*.

Cette qualification du refus (*positif* ou *en creux*) peut changer non seulement en fonction de ce qu'exprime la personne lors de chaque tentative de rencontre, mais aussi en fonction de l'intervenant qui le qualifie. Parfois, cela varie en fonction du moment de la rencontre : telle personne est plus disposée en matinée, car plus reposée et sans effet d'alcool ; telle autre en soirée, parce qu'elle dort plutôt en journée. Parfois, c'est en fonction de l'intervenant que le refus change en acceptation. C'est ce que l'infirmier de l'EMPP affirme, dans l'extrait d'entretien cité plus haut, à propos de la « *petite dame rue Madrid* », qui a un très bon contact avec les femmes de l'EMPP mais avec les hommes « *ce n'est pas la peine* » d'insister.

Cependant, ce changement d'intervenant peut aussi être utile pour une autre raison : il est des situations où un intervenant psy n'a pas envie d'investir une prise en charge, comme le disait ce même infirmier, alors qu'un autre intervenant peut s'y intéresser et de ce fait, obtenir des

résultats plus favorables. C'est ce qui s'est passé pour cette jeune femme, installée dans un endroit très mouvementé de Paris et qui faisait l'objet de signalements réguliers à plusieurs équipes, y compris à l'EMPP. Il m'est arrivé de transmettre un de ces re-signalements à l'infirmier qui tournait de nuit, fait par la mairie d'arrondissement. La réponse faite était que l'EMPP la connaissait, qu'ils n'avaient pas réussi à établir un contact avec elle car elle ne parle pas et refuse tout, ce qui correspond à une légitimation de la cessation des tentatives par un *refus positif* présumé. Ensuite, il y a eu des relances concernant ce signalement, qui ont tous obtenu la même réponse, jusqu'au jour où les intervenants de jour se sont engagés dans la prise en charge. A partir de ces nouvelles tentatives et au fil des rencontres régulières, des échanges ont pu progressivement se faire et son refus a été perçu comme étant plutôt du type *en creux*, compte tenu de certains signes. L'accent a été mis sur le fait que la jeune femme découvrait sa tête pour regarder les intervenants (un contact), et non pas sur le constat qu'elle ne disait rien et qu'elle refusait tout. C'est ainsi qu'une prise en charge a pu débuter. Ce type de situation a été observée à plusieurs reprises, avec des personnes visitées initialement par un ou deux membres de l'EMPP sans qu'une rencontre puisse se faire et avec une cessation des tentatives, malgré la répétition des signalements, jusqu'au moment où d'autres intervenants de l'EMPP s'y investissent.

Ces exemples montrent comment il est possible de légitimer la cessation des tentatives en qualifiant le refus de *positif* ou de légitimer leur poursuite, en le qualifiant de *refus en creux*<sup>1</sup>. Ce travail de qualification est fondamental pour la construction de la place de l'EMPP, car cette équipe enjambe déjà une barrière importante de la légitimation des interventions en psychiatrie ordinaire : alors que celle-ci légitime ses interventions par une demande formulée en présence de la personne concernée dans un lieu de soin, celle-là va vers les personnes et leur propose une intervention qu'elles ne demandent pas (comme nous l'avons vu dans le chapitre 4). Dans ce contexte, le fait d'insister face à un refus, qu'il soit *positif* ou *en creux*, est une deuxième barrière importante : non seulement l'intervenant vient voir les gens pour leur proposer une intervention qu'ils n'ont pas demandée et, de plus, lorsqu'ils refusent, l'intervenant revient à plusieurs reprises insister, savoir s'ils n'ont pas changé d'avis. En fait, cette insistance face au refus représente une complexité supplémentaire dans le jeu de

---

<sup>1</sup> Surtout en contexte de rue car, comme nous l'avons vu, dans les centres, ce sont souvent les équipes locales qui font ce travail pour *créer une demande ou faire accepter* un contact, puis elles ont souvent quelques informations permettant de savoir s'il faut insister ou non.

légitimation et d'illégitimation, comparée à la poursuite des recherches dans le cas des personnes jamais trouvées et qui sont en situation de non-demande vis-à-vis de l'EMPP. Une fois que cette équipe accepte d' « aller vers » en l'absence de demande de la part de l'utilisateur, il ne semble pas scandaleux qu'elle repasse une ou deux fois si la personne signalée n'a été pas trouvée car elle est toujours dans la *zone de non-demande*, elle ne s'est pas encore manifestée sur la proposition d'intervention qui lui sera faite. Il peut même être considéré illégitime de ne pas réessayer, comme je l'ai montré plus haut. Il n'en est pas de même lorsque la personne a exprimé son refus. D'où l'importance de distinguer un *refus positif* - face auquel non seulement il est légitime de cesser les tentatives, mais surtout il est illégitime de les poursuivre – d'un *refus en creux*, qui du fait de sa proximité à la *non-demande*, légitime les interventions.

Ayant ainsi conclu la démonstration de ce chapitre, je voudrais revenir brièvement sur la question de l'envie que les intervenants ont ou non d'investir une prise en charge. Nous avons vu comment l'analyse des difficultés pratiques et de l'histoire de la relation fournissent des indices permettant de supposer une demande, une non-demande ou un refus chez les personnes afin de décider de continuer ou non à rechercher les personnes lorsqu'il est impossible de les rencontrer. Nous avons vu à quel point ces processus de décision et leur légitimation sont très peu formalisés, voire pas du tout, et que souvent, les intervenants finissent par faire comme ils peuvent, en refusant d'éventuels protocoles. Face à des situations si diverses et des conditions de travail si difficiles, les intervenants s'accrochent à ce qu'ils peuvent, notamment les relations avec les personnes, pour pouvoir continuer à travailler. C'est ce qu'exprime cette conseillère sociale, 27 ans, qui avait travaillé dans différentes structures de l'Institution Sociale Partenaire (CHU, LHSS) depuis 2002 :

*« Je m'y retrouve pas mal mais tout en étant assez perplexe aussi.*

*AM : Par rapport à ?*

*Aux solutions qui n'existent pas pour les aider réellement. Je fais pas tant un boulot d'assistante sociale, je suis juste dans le lien quoi, je suis présente, respectueuse, ouverte (...)*

*AM : Parce qu'on pourrait penser, au contraire, que c'est difficile parce qu'il n'y a pas de réponse, que c'est frustrant, que c'est des gens qu'on va voir et dans trois semaines quand les démarches vont aboutir, ils seront partis.*

*Oui, mais c'est pour ça que c'est le lien humain avant tout et ça, c'est unique et exceptionnel. Les solutions après, y en a tellement peu que, voilà, il faut l'accepter un minimum sinon je peux pas bosser de toute façon. »*

Il semblerait en effet qu'un des critères qui fait que les intervenants investissent ou non une prise en charge, continuent ou non de rechercher une personne perdue de vue ou une personne qui refuse le contact, est ce lien humain qu'ils cherchent à établir pour continuer à travailler et qu'une fois établi, ils font ce qu'ils peuvent pour ne pas le casser.

### **Conclusion du chapitre :**

Nous avons vu que, dans les trois types de situation de non-rencontre (les jamais trouvés, les perdus de vue et les refus de contact), la question se pose de savoir si celle-ci est la conséquence d'un refus ou d'une autre circonstance quelconque. Dans les trois cas, s'il s'agit d'un refus, l'interruption des interventions est légitimée par le respect du souhait de la personne. Si la non-rencontre peut être attribuée à d'autres circonstances qu'un refus, la poursuite des interventions peut être légitimée au moins par la non-demande de la personne : si l'EMPP ne l'a pas encore rencontrée, elle est encore en non-demande ; si la personne est dans le *refus en creux*, on peut considérer qu'elle est également en *zone de non-demande* et que le travail à faire par l'EMPP est celui de *créer une demande ou faire accepter*. Enfin, si la personne a été perdue de vue, la poursuite des recherches peut être légitimée au moins par l'acceptation, voire par une demande, exprimée lors des rencontres précédentes.

La particularité des personnes perdues de vue, surtout de celles qui bénéficient d'une prise en charge *passerelle* ou *à part entière*, est qu'il est possible de considérer que la personne était en *zone de demande* (demande, demande ambiguë, demande pour plaire ou faire taire, acceptation), pour ainsi légitimer la poursuite des interventions. Cela rejoint la logique initiale de la légitimation par la demande et la première analyse qui montrait que même si au départ l'intervention est légitimée par la non-demande, il s'agit le plus vite possible de rétablir une

légitimation par la demande. Si l'EMPP va vers les personnes, c'est dans le but de rétablir la légitimation par la demande en présence (« aller vers » pour faire venir).

L'EMPP a une place particulière dans le lien entre le champ psychiatrique et le champ social, car elle dépasse la nécessité d'une demande pour légitimer ses interventions, étant également légitime pour intervenir en cas de non-demande. Dans ce contexte, il est important de préciser qu'elle se garde d'intervenir en cas de refus, dès lors qu'il s'agit d'un *refus positif* et que les conditions pour une intervention sous contrainte ne sont pas réunies. C'est pourquoi il est fondamental de montrer que, dans les situations limites dans lesquelles les personnes refusent même le contact avec cette équipe, celle-ci poursuit ses tentatives, dans la mesure où il s'agit d'un type particulier de non-demande, le *refus en creux*. Dans ce contexte, non seulement ses interventions sont légitimes mais il serait illégitime de ne pas intervenir.



## Conclusion Générale

Le dispositif Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP) est nouveau, il n'avait pas encore une dizaine d'années d'existence lorsque mon enquête de terrain s'est achevée. Un des enjeux de cette thèse était de décrire le travail quotidien de cette équipe dans leurs rapports quotidiens aux usagers et aux partenaires. La plupart des écrits relatifs à ce domaine se concentrent en effet sur les rapports entre maladie mentale et exclusion sociale, sur la souffrance psychique, sur la population qui accumule des problèmes sociaux importants et des troubles psychiques. Certains acteurs et auteurs, moins nombreux, se sont engagés dans un travail de réflexion, de formation, de formalisation concernant les EMPP en France, mais dans un cadre avant tout professionnel. Les pratiques de ces équipes sont encore peu codifiées et, comme nous l'avons vu, elles sont assez tributaires des personnes qui les intègrent et des partenaires auxquels elles ont affaire. De plus, ce qui est décrit dans cette thèse doit aussi tenir compte du contexte dans lequel cette EMPP exerce, car le travail de ce type d'équipe diffère considérablement, par exemple, si elles interviennent dans la rue ou dans les institutions, dans des structures d'hébergement d'urgence ou dans des CHRS, à Paris ou à Limoges. Enfin, les changements sur le terrain sont actuellement très importants : le champ de l'urgence sociale est très mouvant (M. Marpsat, J.M. Firdion et al, 2000), la psychiatrie est en train de vivre des changements notables (quoique moins rapides et moins visibles dans le quotidien des services, en comparaison du champ de l'urgence sociale) et l'organisation du dispositif EMPP change également. Malgré ces particularités, on peut dégager des conclusions qui valent au-delà de cette équipe précise.

Outre la description du quotidien de cette équipe, l'enjeu théorique fondamental de cette thèse était de comprendre la construction de la place d'une EMPP à partir de l'analyse du travail politique déployé par les acteurs concernés, dans la mesure où c'est ce travail qui légitime ou illégitime les différentes places que cette équipe peut occuper. J'ai d'abord envisagé la dimension macropolitique autour du contexte de création de l'EMPP (chapitre 2), avant de développer l'étude sur le plan micropolitique des interventions quotidiennes de cette équipe.



En commençant l'étude de la création des EMPP, j'étais frappée par une affirmation récurrente de la part des partenaires : les professionnels de la psychiatrie disaient qu'elles étaient nécessaires parce qu'ils n'avaient jamais accueilli autant de SDF et les professionnels du social disaient n'avoir jamais eu autant de malades mentaux dans leurs services. Ceci me semblait surprenant dans la mesure où, comme le montrent plusieurs auteurs, les fous et les vagabonds, malades mentaux et SDF ont souvent été amalgamés. J'ai essayé de mieux interpréter cette apparente contradiction, de comprendre comment ces deux domaines, psychiatrie et social, ont constitué leurs différenciations et leurs articulations et comment la place de l'EMPP s'y inscrit. Ces questionnements ont abouti à une analogie entre la légitimité de la création des EMPP et celle de la psychiatrie elle-même : elles ont été créées d'emblée comme une discipline à cheval entre le domaine médical et le domaine social, et dans un double mouvement de spécialisation/despécialisation. Dans ces deux cas, cette imbrication des deux aspects tient à plusieurs éléments : la population concernée, le fait que cette population était considérée comme un problème public à un moment donné, et qu'autant la psychiatrie que l'EMPP ont été retenues comme la solution, technique et sanitaire, à ce problème, politique et social.

L'EMPP a pu être la réponse suffisamment spécialisée et suffisamment despécialisée à cette imbrication de problématiques parce qu'elle rassemble les légitimités d'intervention d'un champ comme de l'autre<sup>1</sup> : comme les équipes sociales, elle peut « aller vers » en l'absence de demande et, comme les équipes psychiatriques, elle peut intervenir légitimée par la demande et par le refus, dans des cas particuliers, prévus par la loi. La façon de rassembler ces légitimités est ingénieuse : si l'EMPP va vers cette population, même en l'absence de demande formulée en présence de la personne dans un lieu de soin, c'est uniquement dans le but de la *faire venir vers* un lieu de soin (si la personne en a besoin) pour y formuler une demande et ainsi rétablir la légitimité habituelle de l'intervention en psychiatrie<sup>2</sup>. Autrement dit, l'EMPP rassemble les deux légitimités en justifiant l'« aller vers » (social), en tant que moyen, par sa finalité de *faire venir* (psychiatrie) ; et en justifiant les interventions en absence de demande (social) comme un moyen pour créer une demande (psychiatrique). Bref, elle

---

<sup>1</sup> Rappelons que la généralisation des EMPP ne s'est pas basée sur des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité des EMPP déjà en place et la plus-value de cette réponse par rapport à d'autres, par exemple, le renforcement des secteurs de psychiatrie, l'augmentation du nombre de logements disponibles.

<sup>2</sup> Didier Fassin (1998) montre, à propos des différentes configurations de santé publique, comment les acteurs font jouer, dans une configuration, la compétence et la légitimité acquises dans une autre.

justifie ses moyens par ses fins. L'EMPP est ainsi un dispositif à la fois spécialisé et despécialisé.

De ce fait, elle a la possibilité d'intervenir légitimement quasiment dans n'importe quel contexte. Elle arrive jusqu'à présent à se garder d'intervenir face à des refus, qui ne sont pas dans les cas prévus par la loi, mais on a vu à quel point la frontière est ténue : il faut pouvoir qualifier ce refus en termes de *refus positif* car, en cas de *refus en creux*, qui se trouve en *zone de non-demande*<sup>1</sup>, elle peut aussi légitimement intervenir et être donc illégitime de ne pas le faire. Cet élargissement du champ d'interventions légitimes est donc une facilité supplémentaire pour l'EMPP, mais elle représente également une difficulté supplémentaire, celle de légitimer ses non-interventions. Lié à cette possible contrainte relative à l'élargissement du champ d'intervention légitime de l'EMPP, un autre type de contrainte menace d'une certaine façon cette équipe. Malgré son objectif final de faciliter l'accès aux soins de droit commun, donc orienter et passer le relais, l'EMPP risque souvent de devenir une réponse *restrictive*, qui prendrait en charge à part entière des populations résiduelles, celles que les structures psychiatriques et sociales n'ont pas pu ou voulu accueillir<sup>2</sup>. Pour l'EMPP, être trop spécialisée (se substituer aux secteurs de psychiatrie) ou trop despécialisée (se substituer aux équipes sociales), constituent deux formes de *sur-interventionnisme*.

Précisons les différences et les rapports entre ces deux paires de dimensions de l'EMPP : spécialisation/despécialisation et *restrictivité*<sup>3</sup>/*universalité*<sup>4</sup>. J'avais défini la spécialisation par le ciblage des interventions sur le domaine et les critères qui lui sont propres. Ainsi, plus une équipe de santé cible sur une pathologie ou un groupe de pathologies (pour la psychiatrie,

---

<sup>1</sup> La figure 4 (page 185) illustre l'imbrication entre demande, non-demande et refus positif, créant des situations intermédiaires : l'acceptation, le refus en creux, la demande ambiguë et la demande pour plaire ou faire taire.

<sup>2</sup> Isabelle Parizot (2003) montre comment la présence de bénévoles dans les services hospitaliers, dans le but d'humanisation, peut paradoxalement avoir l'effet contraire : les professionnels s'estiment déchargés de ce type de préoccupation, car elle est à charge d'autres intervenants, les bénévoles. J'ai abordé ce sujet à propos du paradoxe de la relation avec les intervenants relais.

<sup>3</sup> Les termes « restrictif » et « restrictivité » font écho aux termes « spécifique » et « spécification » utilisés par d'autres auteurs et par les acteurs de terrain.

<sup>4</sup> Voir J. Damon (2002) à propos du ciblage de la population SDF et de cette oscillation entre un traitement universaliste des droits et besoins de tout citoyen (des ayant-droits) et un traitement spécifique qui sélectionne des besoins et des situations particulières. Il critique l'opposition radicale entre ces deux termes en proposant la possibilité d'une articulation entre eux, ce qui correspond à mon idée selon laquelle l'EMPP porte en elle ces deux dimensions. Cette discussion est à mettre en rapport avec les questions soulevées par la discrimination positive, par exemple. Voir I. Parizot (2003) à propos des services spécifiques (dispensaires gratuits) créés comme une solution provisoire qui devrait disparaître lorsque l'accès aux soins serait garanti pour cette population dans les services de droit commun.

dépressions, troubles alimentaires, par exemple), ou encore, plus elle cible sur les aspects directement liés aux pathologies (symptômes) plus elle devient spécialisée. Par contre, la définition de la *restrictivité* porte sur le ciblage sur des critères qui ne sont pas propres au domaine. Ainsi, plus une équipe de santé cible d'autres critères non directement liés à une pathologie (caractéristiques sociales, par exemple), plus elle devient *restrictive*. Par exemple, les centres de soins gratuits de Médecins du Monde, décrits par Isabelle Parizot (2003), sont *restrictifs* dans la mesure où ils ciblent une population ayant des caractéristiques sociales particulières ; mais ils ne sont pas spécialisés parce qu'ils ne ciblent pas la pathologie (symptômes), ni une pathologie ou groupe de pathologies.

Si l'EMPP porte en elle les dimensions spécialisée/déspecialisée, elle porte également ces deux autres dimensions *restrictive/universaliste*. Elle est *restrictive* car il s'agit bien d'une équipe psychiatrique qui s'occupe d'une population ciblée à partir de critères sociaux. Mais elle est aussi *universaliste* dans le sens où il s'agit d'une équipe publique, liée aux services de droit commun (les secteurs), qui n'a pas pour objectif de soigner les personnes mais de favoriser leur accès à ces services *universalistes* et, dans ce sens, elle est plus proche du dispositif Hugo<sup>1</sup> décrit par Isabelle Parizot (2003).

L'EMPP risque de devenir un dispositif plus *restrictif*, par exemple, dans le cas des situations où il semble impossible de passer le relais. C'est également le cas lorsque l'EMPP est appelée à intervenir non pas (ou non seulement) comme un moyen de favoriser l'accès aux soins psychiatriques aux personnes ayant besoin (signalements *systématiques*), mais comme une solution par défaut pour des prises en charge qui débouchent sur une impasse (signalements *sélectifs*). Comme nous l'avons vu, cette demande sélective des partenaires du social est motivée par une impossibilité à gérer autrement une situation qui se définissait jusque-là comme sociale : problème de logement, problème de chômage, problème d'accès aux droits, problème d'ordre public. Il ne s'agit pas de nier les troubles psychiques que les personnes signalées présentent éventuellement, mais de mettre en évidence que ce n'est pas cela qui motive la demande. Cependant, lorsque cette demande déspecialisée est formulée, elle est souvent traduite dans les termes pertinents pour que l'acteur auquel l'on s'adresse puisse y

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'un dispositif permettant aux personnes en difficulté sociale d'accéder à l'ensemble des services d'un centre hospitalier universitaire sans payer ni présenter de justificatifs de couverture maladie. Les personnes inscrites dans ce dispositif sont prises en charge exactement de la même façon que les autres patients accueillis par l'établissement, à la différence que les premières ont des ordonnances d'une couleur particulière et qu'elles rencontrent, dans l'hôpital, un travailleur social qui les aide, au minimum, à obtenir une protection sociale.

répondre : si l'on s'adresse à la police pour une intervention sous contrainte, il faut parler en termes d'ordre public ; si l'on s'adresse à l'EMPP, il faut parler en termes de troubles psychiques. Nous avons cité des nombreux exemples de ce type d'opération de (tentative de) qualification de la problématique déspecialisée en termes psychiatriques plus spécialisés de façon à légitimer l'intervention de l'EMPP et même d'illégitimer sa non-intervention<sup>1</sup>.

Ainsi, la nouvelle déspecialisation, qui brouille les frontières de la psychiatrie et du social, risque de créer une *restrictivité*, dans le sens où elle peut provoquer la création de services *restrictifs*, une nouvelle filière pour s'occuper des personnes présentant la double problématique, psychiatrique et sociale. Lorsque les EMPP ont été créées, et dans les textes relatifs à ce dispositif, il a été à chaque fois précisé qu'elles étaient un renfort aux services de psychiatrie de droit commun (*universalistes*) et ne devraient pas fonctionner comme des services spécifiques (*restrictifs*), mais ce risque est souvent présent dans la pratique.

C'est par le travail micropolitique, déployé par les acteurs autour des demandes (partie II) ou des limites d'intervention (partie III), que les pouvoirs à intervenir sont redistribués et que l'intervention de tel ou tel acteur est qualifiée d'*ajustée* ou de *sur-interventionniste* et que sa non-intervention est qualifiée de *ajustée* ou de *sous-interventionniste*. Les trois modes de prise en charge (*expertise, passerelle et à part entière*) représentent les configurations possibles de la place occupée par l'EMPP dans ce partage de pouvoirs. Dans ces trois modes de prise en charge et des interventions qu'elles légitiment ou illégitiment, l'EMPP équilibre ses dimensions spécialisées et déspecialisées, mais aussi sa position de dispositif *restrictif* ou *universaliste*.

C'est dans ce jeu de qualification de problématiques et populations que se constitue une population spécifique (*restrictive*) – celle qui finit par ne pas être prise en charge ni par les structures psychiatriques, ni par les structures sociales -, et qui appellerait à une réponse *restrictive*, l'EMPP, compétente et légitime pour intervenir avec les moyens du social et du psychiatrique, dans des prises en charge *à part entière*. Autrement dit, l'EMPP risque de

---

<sup>1</sup> Didier Fassin (1998) parle de cette qualification de problèmes sociaux en problème sanitaire, par exemple de la façon dont le problème de saturnisme est une traduction du problème du logement précaire.

devenir le premier maillon d'une filière spécifique (*restrictive*)<sup>1</sup> pour « fou-SDF ». D'ailleurs, par son existence même, par la facilité qu'elle représente en termes de mobilité et de rapidité d'intervention, même si elle ne souhaite pas se substituer aux secteurs de psychiatrie, elle finit quelquefois par le faire. Il est possible de dire que les différentes places possibles (modes de prise en charge) de l'EMPP se caractérisent par ces deux paires de dimensions : spécialisation/despécialisation et *restrictivité/universalisme*, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 12 : Les trois places possibles de l'EMPP et leurs risques d'illégitimité

Place	Spécialisation	Despécialisation	<i>Restrictivité</i>	<i>Universalisme</i>	Risque d'illégitimité
<i>Expert</i>	++	+	+	++	<i>Sous-interventionnisme</i>
<i>Passerelle</i>	++	++	+	+	<i>Sous/Sur-interventionnisme</i>
<i>A part entière</i>	+++	+++	+++	-	<i>Sur-interventionnisme</i>

Légende : (-) dimension absente ; (+) dimension peu présente ; (++) dimension présente ; (+++) dimension très présente

Ce tableau montre que, pour chaque place assumée par l'EMPP, les deux paires de dimensions qui la caractérisent se manifestent de façon plus ou moins intense et équilibrée, et cela configure un risque possible d'illégitimité. Ainsi, lorsque l'EMPP assume une place d'*expert*, elle met l'accent sur ses dimensions spécialisée et *universaliste* et ne risque pas d'être *sur-interventionniste*. L'accent est mis un peu plus sur sa dimension spécialisée, en comparaison avec la despécialisation, dans la mesure où elle fait des évaluations et des orientations qui tiennent compte des particularités psychiatriques et sociales de la situation en question. Comme elle ne soigne pas, elle ne se substitue pas aux secteurs. Elle emprunte la légitimité et les modes d'intervention du social, dans le sens où elle va vers les personnes en l'absence de demande (telle qu'il serait nécessaire pour légitimer une intervention psychiatrique), mais elle intervient plus auprès des partenaires que de l'utilisateur (donc elle

<sup>1</sup> Cette filière spécifique, qui comprendrait des centres d'hébergement, des lieux d'hospitalisation et de consultations spécifiques pour cette population est souvent évoquée en filigrane par les acteurs de terrain, lors de réunions. A propos de ces filières, dans le contexte des Etats-Unis, voir A. Lovell (1996).

participe peu ou pas au travail pour *créer une demande ou faire accepter*). Par ailleurs, elle insiste sur sa dimension *universaliste*, car si elle s'occupe d'une population ciblée par rapport à des caractéristiques sociales, elle le fait dans le but de permettre l'accès aux soins de droit commun. Aussi, elle ne soigne pas les personnes, ce qui renforcerait à la fois sa spécialisation et sa *restrictivité*. Si elle ne risque pas le *sur-interventionnisme*, elle peut éventuellement être considérée comme *sous-interventionniste*, notamment si la situation ne permet pas que son orientation soit suivie d'effets : par exemple, s'il est impossible de fonder son travail sur un lien entre l'utilisateur et des partenaires, il serait nécessaire d'intervenir sous un mode *passerelle*, qui mettrait l'accent sur sa dimension déspecialisée.

En revanche, en agissant en tant que *passerelle*, l'EMPP équilibre les quatre dimensions spécialisée/ déspecialisée et *restrictive/universaliste* : elle fait des évaluations et des orientations qui tiennent compte des particularités psychiatriques et sociales de la situation en question. Elle peut être amenée à prodiguer des soins pré-thérapeutiques<sup>1</sup>, donc ne se substitue pas vraiment au secteur, même si cette frontière peut parfois être ténue. Elle emprunte la légitimité et les modes d'intervention du social, dans le sens où elle va vers les personnes en l'absence de demande, et elle est plus déspecialisée que lorsqu'elle assume une place d'*expert*, dans la mesure où elle intervient autant, voire plus auprès de l'utilisateur que des partenaires (donc elle participe assez intensément au travail pour *créer une demande ou faire accepter*). Par ailleurs, elle équilibre ses dimensions *restrictive/universaliste*, car si elle s'occupe d'une population ciblée par rapport à des caractéristiques sociales, elle le fait dans le but de permettre l'accès aux soins de droit commun. Par contre, comme elle prodigue parfois des soins pré-thérapeutiques, elle renforce à la fois sa spécialisation et sa *restrictivité*, par rapport à la place d'*expert*. Enfin, comme l'EMPP peut passer d'un mode de prise en charge à l'autre, elle peut être *sous-interventionniste* en tant que *passerelle*, quand elle est plus proche de la place *expertise*. Et elle risque le *sur-interventionnisme*, lorsqu'elle rapproche ses interventions de celles caractéristiques de la place de soignant *à part entière*.

Enfin, lorsque l'EMPP occupe une place de soignant *à part entière*, elle met trop l'accent soit sur sa dimension spécialisée (en faisant le travail des équipes de secteur), soit sur sa dimension déspecialisée (en faisant le travail à la place des équipes sociales), parfois elle fait les deux. Comme elle n'envisage pas un passage de relais vers les structures de droit commun,

---

<sup>1</sup> Des soins pré-thérapeutiques sont des soins pour permettre l'accès aux soins.

elle intervient comme un dispositif spécifique (*restrictif*). Dans ce cadre, ses interventions peuvent être considérées comme illégitimes (*sur-interventionnisme*).

L'équilibre entre les interventions et les non-interventions *ajustées* permet à l'EMPP de maintenir une position adaptée aux différentes situations, entre la spécialisation et la déspecialisation et, en même temps, d'être juste assez *restrictive* pour permettre l'accès aux soins de droit commun, donc en gardant bien en vue sa dimension *universaliste*. Il importe de remarquer que *sur* et *sous-interventionnismes* peuvent coexister : par exemple, lorsque l'EMPP assume une place de soignant *à part entière*, elle intervient trop à la place des autres acteurs et dans cette mesure, elle est *sur-interventionniste* (soigner la personne, organiser son installation dans son nouveau logement, assurer les visites à domicile à caractère psy et social) ; en même temps, elle ne fait pas ce qu'elle doit faire compte tenu de son objectif de faciliter l'accès aux soins de droit commun. Dans cette mesure, elle est *sous-interventionniste* (pas de transmissions, pas d'orientation, pas d'accompagnements).

Le travail micropolitique pour la définition de la place de l'EMPP s'effectue ainsi au quotidien à chaque intervention, dans les interactions avec les autres acteurs (partenaires et usagers), à chaque phase de l'intervention, et surtout dans des moments clé : son entrée dans les prises en charge par la demande des partenaires, l'obtention d'une demande ou d'une acceptation de la part de l'usager, le travail autour des situations limites (passage de relais, intervention sous contrainte et non-rencontres)<sup>1</sup>. Rappelons, par exemple, que l'entrée de l'EMPP dans le partage des pouvoirs est contrôlée par les équipes partenaires, lorsqu'elles décident de ne plus gérer les situations toutes seules et qu'elles demandent l'intervention de l'EMPP (signalements) sans quoi l'EMPP ne participe pas à la prise en charge et aux partages de pouvoirs la concernant. Rappelons, également, que les usagers eux-mêmes sont l'un des garde-fous qui travaille la place de l'EMPP : si la *demande en présence* n'est plus nécessaire, du point de vue moral, pour légitimer une intervention, une demande reste souvent nécessaire, du point de vue pratique, pour la mise en place de la prise en charge. Le processus d'accroche des usagers étant souvent en cours et très fragile, les intervenants sont en quelque sorte contraints d'obtenir une demande ou au moins une acceptation d'intervention de la part des

---

<sup>1</sup> Julien Damon (2003) parle du problème de la coordination des interventions autour de cette population comme une variable caractéristique de leur prise en charge au fil de l'histoire. Ce même auteur, dans un autre article (2007) parle de la distribution des missions, responsabilités et financements entre les partenaires censés s'occuper de cette population. On voit l'importance de comprendre comment s'opère le partage des pouvoirs et leur légitimation autour de la prise en charge de la partie de la population des SDF qui nous occupe.

usagers, de façon à éviter une rupture de prise en charge : si l'utilisateur estime que l'EMPP ne reste pas à sa place, il peut faire défection. En même temps, l'EMPP a elle-même son mot à dire : elle fait souvent une partie ou tout le travail pour *créer une demande ou faire accepter* ; elle participe, avec les partenaires, à la qualification de la situation et des interventions (psy/pas psy, demande/acceptation/refus, urgence/pas urgence, *sur-interventionnisme/sous-interventionnisme*), lors des discussions et interactions pour définir qui fait quoi ou, en détaillant la chose : qu'est-ce qu'il est légitime/illégitime de faire ou de ne pas faire et qui est légitime/illégitime pour le faire.

Les différents modes de prise en charge (*expertise, passerelle ou à part entière*) - et leur variation au fil du temps concernant une même personne - sont les résultats visibles de ces partages de pouvoir. Chacun de ces modes de prise en charge est une configuration de la place que l'EMPP y occupe, dans la mesure où elle indique quel est le rapport entre les acteurs concernés et quelle est la distribution des rôles légitimes de chacun, notamment en termes d'interlocuteur privilégié de l'EMPP (l'utilisateur ou le partenaire), de nature des interventions effectuées (évaluation, orientation, accompagnement, suivi/soutien) et de durée de la participation de l'EMPP dans la prise en charge en question.

Un autre enjeu de cette thèse, méthodologique cette fois-ci, était de tenir le pari de faire un travail de recherche sociologique tout en étant un acteur du terrain et non pas seulement un acteur sur le terrain, ce qui est plus ou moins le cas de tout chercheur. En effet, peu de chercheurs en sciences sociales ont une position si interne au terrain et, à ma connaissance, cette position est rarement intégrée comme un outil méthodologique, comme je l'ai proposé ici. L'implication méthodologique de cette position du chercheur sur le terrain serait probablement autre, si l'analyse portait sur des données plus éloignées du terrain, comme les données documentaires (livres ou articles de revues professionnelles, lois et rapports ministériels). Entre autres choses, cette position du chercheur a impliqué un point de vue particulier, qu'il s'agissait d'assumer clairement. Du point de vue de l'observation, il est évident que je ne pouvais pas prétendre à une symétrie par rapport aux différents acteurs, étant donné que j'étais membre de l'EMPP, même si dans les entretiens j'ai rencontré les différents types d'acteurs (usagers, partenaires du social, partenaires de la psychiatrie et membres de l'EMPP), et même si dans le traitement du matériau, il s'agissait de ne pas faire de distinction de valeur entre ces différents acteurs.



Il semblerait intéressant d'approfondir les observations et les analyses à partir de ce qui se passe dans les services de psychiatrie et dans les structures sociales à propos de cette même population et de l'interface entre les dispositifs psychiatrique et social, ce qui n'a pas encore été fait, à ma connaissance. Par exemple, j'ai pu pointer, à partir de la position qui était la mienne, certaines attitudes des secteurs de psychiatrie dans leur rapport aux structures sociales et à cette population : adaptations dans la prescription et dans l'administration de traitements médicamenteux, flexibilité des horaires de rendez-vous, prise en charge plutôt en hospitalisation à temps plein, réticences à investir ces prises en charge, durée des hospitalisations. Il serait intéressant d'étudier plus finement les logiques qui sous-tendent ces attitudes, parfois différentes voire opposées, de même que pour les structures sociales.

Du point de vue méthodologique, il serait également intéressant de compléter les données qualitatives avec des données quantitatives, mais cela demanderait un travail considérable. En effet, les bases de données des établissements sont peu et mal renseignées sur les informations qui nous intéressent. Il serait nécessaire d'entamer un travail préalable pour constituer des bases de données fiables, avant de pouvoir les utiliser. Par exemple, en l'état actuel des choses, il est possible d'obtenir le nombre de personnes notées comme étant SDF dans un service de psychiatrie ou dans l'ensemble d'un établissement, cependant ces chiffres sont largement sous-estimés et, en même temps, incluent une grande proportion de faux-positif (personnes indiquées comme SDF dans la base de données et qui ne le sont pas véritablement). Malgré des règles de codage assez précises, les interprétations dont elles font l'objet par les intervenants font que les bases de données ne sont pas fiables sur ces questions<sup>1</sup>. Le constat du côté des structures sociales est encore plus accentué (M.Marpsat et J.M. Firdion, 2000).

Un autre aspect n'a pas pu être approfondi dans cette étude : le rapport entre la création des EMPP et d'autres types d'équipes mobiles. C'est le cas, par exemple, des équipes de Prévention Spécialisée, qui sont probablement les premières équipes professionnelles à intervenir sur les lieux où les personnes se trouvent (« aller vers »), en l'absence de demande

---

<sup>1</sup> Ceci était souvent affirmé par les EMPP pendant que j'étais sur le terrain, dans différentes réunions (par exemple, JT du 19 mai 2004, concernant une réunion de préparation au SROS III en présence de plusieurs EMPP de Paris et Ile de France) et je l'ai confirmé à mon poste actuel au Département d'Information Médicale d'un Hôpital Psychiatrique (EPS).

(il s'agit d'un mandat par une autorité de tutelle, le Conseil Général, par exemple)<sup>1</sup>. Ces équipes interviennent fondamentalement auprès des jeunes de quartiers défavorisés et leur mode d'intervention ressemble beaucoup à celui décrit ici pour l'EMPP : établir un contact puis un lien de confiance, faire un travail pour *créer une demande ou faire accepter*, évaluer, orienter. Il est frappant que cette similitude ne soit pas évoquée sur le terrain, peut-être du fait d'une méconnaissance croisée entre ces équipes et les EMPP, mais cela permet de formuler l'hypothèse d'un contexte sociétal favorisant la légitimation de ce type d'intervention, contexte qui serait à comprendre et qui donnerait probablement des éléments pour notre réflexion sur la place des EMPP, d'un point de vue macropolitique. Aussi, l'étude des équipes bénévoles, et particulièrement celles d'inspiration caritative, intervenant dans la rue, actuellement et historiquement, permettrait d'aller plus loin dans la réflexion sur les légitimités des différents acteurs - bénévoles/caritatifs d'une part, et professionnels, d'autre part -, alors que j'ai abordé seulement les légitimités de différents champs professionnels (social, d'une part, psychiatrique de l'autre)<sup>2</sup>. Enfin, cette réflexion sur les légitimités, et plus largement l'ensemble des analyses développées, pourrait s'enrichir d'une étude sur les différentes équipes mobiles sanitaires, telles que celles de soins palliatifs et d'hospitalisation à domicile, qui elles, n'interviennent qu'à partir d'une demande.

Ces pistes de travail à propos de la légitimité des professionnels et des non-professionnels d'« aller vers » et/ou d'intervenir sans demande permettraient d'avancer dans une réflexion sur les changements dans les frontières et les rapports entre ce qui est considéré comme la sphère privée et la sphère publique. Ces changements dépassent largement le champ de la psychiatrie mais ils y sont particulièrement visibles. De plus, ils y sont particulièrement sensibles, notamment en contexte de montée sécuritaire, dans lequel les troubles psychiques sont pointés comme un problème, voire comme le problème, alors qu'il est en fait utilisé comme une solution. Car, comme cela a été bien décrit par plusieurs auteurs<sup>3</sup>, les troubles psychiques peuvent être utilisés pour imputer les problèmes constatés (chômage, absence de logement, voire délinquance) à un problème individuel, une maladie ou une souffrance psychique, qui en appellerait à une intervention technique (de la psychiatrie), éventuellement en partenariat avec les techniciens du social (assistants sociaux, éducateurs spécialisés) plutôt

---

<sup>1</sup> Voir à ce sujet J. Verdès-Leroux (1978).

<sup>2</sup> On retrouve un certain nombre d'éléments pouvant étayer cette réflexion dans les travaux de R. Castel (1995), M. Breviegi (2005a) ou de L. Pattaroni (2005).

<sup>3</sup> Voir par exemple, A. Lovell (1992a, 1992c), D. Fassin (2004).

que de les attribuer, au moins en partie, à des problèmes sociaux, qui en appellent à une intervention politique. J'ai abordé ce mouvement d'imputation à la psychiatrie du problème et de la solution d'un problème jusque-là qualifié de social, avec renfort de thématique sécuritaire, sur le terrain (à défaut d'autre solution pour gérer certaines situations, les équipes sociales peuvent solliciter soit la police, soit la psychiatrie, voire les deux, sans distinction) comme dans l'histoire (à défaut de trouver un acteur institutionnel pouvant prendre en charge le problème social représenté par un certain type de fou, la société sollicite les aliénistes). On comprend donc, que l'étude des problématiques et des populations cumulant l'aspect social et l'aspect psychiatrique, ainsi que la mise en rapport de ces questions à une échelle plutôt micropolitique (comme celle de cette thèse) et à une échelle plutôt macropolitique serait une entrée particulièrement intéressante pour analyser ces différentes caractéristiques de la société actuelle.

## Bibliographie

Alezrah C., Sectorisation et territorialité : Perspectives. [www.et-psychiatrie.com](http://www.et-psychiatrie.com) 2002.

Amarante P. (dir.), *Loucos pela Vida – A trajetoria da Reforma Psiquiatrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.

Amistani C., Les femmes sans-domicile : domination sociale et ambiguïté de la prise en charge. In : Gaboriau P. et Terrolle D. *Ethnologie des sans-Logis – Etude d'une forme de domination sociale*. Paris, L'Harmattan, 2003.

Araque W., Mise en activité et jugement des personnes dans un service de psychiatrie en hôpital général. In : Araque J.W., Dodier N. et Jacqueline S. *La place faite au patient dans les services de psychiatrie – Statut public/statut pragmatique*. Rapport au programme « Sciences biomédicales, santé, société », CNRS/INSERM/MIRE, co-financement MGEN, 2005.

Arduin P. et Memmi D., L'enquêteur enquêté. De la connaissance par le corps dans l'entretien sociologique. *Genèses*, année 1999, v.35, n°1, p.131-145.

Autès M. et Bresson M., *Précarité, santé mentale et système local de santé*. IFRESI/CNRS, Lille, 2001.

Audisio M., *La psychiatrie de secteur – une psychiatrie militante pour la santé mentale*. Toulouse, Privat, 1980.

Barbier D., *La dépression*. Paris, Odile Jacob, 2003.

Barbot J., Dodier N., « L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences Sociales et Santé*, 18, 2000, p. 75-117.

Barbot J., Dodier N., « Multiplicity in Scientific medicine : the experience of HIV-positive patients », *Science, technology & human values*, 27 (3), 2002, p.404-440.

Barres M., « Le secteur, instrument de transformation du service public en santé mentale », p.25-35, in Chanoit P.-F., Verbizier J. (dir), *Sectorisation et prévention en psychiatrie*. Toulouse, Eres, 1987.

Barrett R., *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.

Barrow S. M., et al., Evaluating Outreach Services : Lessons from a Study of Five Programs. In : Cohen N. L. (ed) *Psychiatric Outreach to the Mentally Ill*, Jossey-Bass Publishers, number 52, winter 1991, p. 29-45.

Beaud S., Weber F., *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, La Découverte, 1998.

Bessin M., Lechien M.-H., La proximité avec le corps des détenus. La participation des prisonniers aux soins , in Fassin Didier & Memmi Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Ed. de l'EHESS, 2004, p. 207-236.

Bleandounu G., *Dictionnaire de psychiatrie sociale*. Paris, PBP, 1976.

Blumer H., Les problèmes sociaux comme comportements collectifs. *Politix*, Vol 17, n°67/2004, p. 185 à 199.

Bourdieu P. (dir.), *La misère du monde*. Paris, Seuil, 1993.

Bresson-Boyer M., *La construction de l'identité sociale des sans domicile-fixe dans la France contemporaine*, thèse soutenue en 1994 à Paris-X Nanterre.

Bresson, M., *Les SDF et le nouveau contrat social*. Paris, L'Harmattan, 1997.

Bresson M., L'ouverture de la psychiatrie vers la ville : quels enjeux pour l'intervention sociale ? in Bresson (dir.) *La psychologisation de l'intervention sociale – mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, 2006.

Breviglieri M., Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social. in Ion Z., *Le travail social en débat*, La Découverte, Paris, 2005.

Brousse C., Définir et compter les sans abri en Europe : enjeux et controverses. *Genèses*, n°58, 2005, p. 48-71.

Brousse C., *Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête*, Insee-Méthodes n°116, 2006.

Bruneteaux P. et Lanzarini C., *Les nouvelles figures du sous-prolétariat*. Paris, L'Harmattan, 1999.

Castel R., *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, Ed. de Minuit, 1976.

Castel R., *La gestion des risques*. Paris, Ed. de Minuit, 1981.

Castel R., *La métamorphose de la question sociale*, Paris, Folio, 1995.

Castel R., *L'insécurité sociale*, Paris, Seuil, 2003.

Cefaï D. et Pasquier D. (dir.), *Le sens du public – Publics politiques, publics médiatiques*, Paris, PUF, 2003.

Cefaï D. et Gardella E., *Les funambules du tact. Une ethnographie de l'aide d'urgences aux sans abri* (à paraître en 2010).

Chanoit P.-F., Verbizier J. (dir.), *Sectorisation et prévention en psychiatrie*. Toulouse, Eres, 1987.

Clément P., *La forteresse psychiatrique*. Paris, Flammarion-Aubier, 2001.

Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mouquès J., Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 145. Août 2009.

Dambuyant-Wargny G., *Entre choix et destin : la condition sociale des plus démunis. La place du corps dans la désocialisation*. Thèse de doctorat, EHESS, 2000.

Dambuyant-Wargny G. *La notion de territoire chez les SDF*. Rapport d'étude à l'Observatoire du samusocial de Paris, 1999/2000.

Damon J. et Firdion J.-M., Vivre dans la rue, la question SDF. in Paugam S. *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996.

Damon J., *La question SDF*. Paris, PUF, 2002.

Damon J., Les « SDF », de qui parle-t-on ? Une étude à partir des dépêches AFP. *Population*, 2002/3, Volume 57, p.569-582.

Damon J., Cinq variables historiques caractéristiques de la prise en charge des « SDF ». *Déviance et Société*, 2003/1, 27, p. 25-47.

Damon J., Protection sociale et lutte contre l'exclusion. Regards critiques sur le « partenariat ». *Horizons Stratégiques*, 2007/1, n°3, p.82-97.

Declerck P., *Les naufragés avec les clochards de Paris*. Paris, Plon, 2001.

De Leonardis O., Mauri D., Rotelli F., Deistituzionalizzazione, un'altra via (la Riforma Psichiatrica Italiana nel contesto dell'Europa Occidentale e dei 'paesi avanzati') » *Health Promotion*, Oxford University Press, 1986, v.1, n.2. et In : Nicacio F. *Desinstitucionalisaçao*. Sao Paulo, Hucitec, 2001.

De Rivoyre F. (dir.), *Psychanalyse et malaise social : désir du lien ?* Ramonville Saint-Agne, Eres, 2001.

De Robertis C., *Méthodologie d'intervention en travail social*. Montrouge, Bayard, 2007.

Devereux G., *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Aubier, 1980. (première édition en 1967)

Dibie P., *Le village retrouvé*. L'Aube, Paris, 1998.

Dodier N., « Expert medical decisions in occupational medicine : a sociological analysis of medical judgment », *Sociology of health & illness*, 16 (4), 1994, p.489-514.

Dodier N., *Leçons politiques de l'épidémie du sida*. Editions de l'EHESS, Paris, 2003.

Dodier, N., S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique de la délégation des soins. *Handicap. Revue de sciences humaines et sociales*, n° spécial : « Le consentement aux soins dans le champ de la santé mentale », n°104, 2004, p. 9-20.

Dodier N., Camus A., L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital. *Annales HSS*, juillet-août 1997, n°4, p. 733-763.

Dodier N., Rabeharisoa, V., Les transformations croisées du monde 'psy' et des discours du social. *Politix*, n° spécial « Expérience et critique du monde psy », n°73, 2006, p. 9-22.

Donzelot J. (dir.), *Face à l'exclusion - le modèle français*. Paris, Editions Esprit, 1991.

Dubet F., *Le déclin de l'institution*. Paris, Seuil, 2002.

Durkheim E., *Règles de la méthode sociologique*. Paris, PUF, 1986, 1<sup>ère</sup> éd 1937

Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris, Ed. Odile Jacob, 1998.

Ehrenberg A. et Lovell A.M., Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? in *La maladie mentale en mutation – Psychiatrie et société*. Paris, Ed. Odile Jacob, 2001.



Ehremberg A., Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, mai 2004, p. 133-156.

Elias N., *Engagement et distanciation – contributions à la sociologie de la connaissance*. Paris, Fayard, 1993. (première édition en 1983)

Emmanuelli X., *Out – L'exclusion peut-elle être vaincue ?* Paris, Robert Laffont, 2003.

Estroff S., *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.

Eyraud B., Quelle autonomie pour les “incapables” majeurs ? Déshospitalisation psychiatrique et mise sous tutelle , *Politix*, 19, 73, mars 2006, p. 109-135.

Fantou J.-P., *Clocheman*. Paris, Presses de la Renaissance, 2005.

Fassin D., *Des maux indicibles – Sociologie des lieux d'écoute*. Paris, La Découverte, 2004.

Fassin D., *Les figures urbaines de la santé publique – Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte, 1998.

Fassin D., Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, 2006, v. 19, n°73, p. 137-157.

Fassin D. et Bourdelais P., *Les constructions de l'intolérable : Etudes d'Anthropologie et d'Histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris, La Découverte, 2005.

Fassin D. et Memmi D. (dir.), *Le gouvernement des corps*. Paris, EHESS, 2004.

Fernandez C., Thiolier P., Aüt-ameur A., « Pratique sectorielle extrahospitalière et responsabilité », *Nervure*, 3, 1996, p. 63-66.

Fillol-Bertrand C., *Accès aux soins en psychiatrie. A propos d'une expérience de médiation vers la santé*. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Angers, 2004.

Firdion J.-M., Marpsat M., Bozon M., Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domicile ? Une question éthique et scientifique. in Marpsat et Firdion (éd) *La rue et le foyer - Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris, PUF, 2000.

Foulcault M., *L'histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 1972.

Friedberg E., *Le pouvoir et la règle : dynamique de l'action organisée*. Paris, Seuil, 1993.

Furtos J. et Morcellet P., Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin. *Rhizome*, 2000, n°2, p. 1.

Gaboriau P., *Clochard*. Paris, Julliard, 1993.

Gaboriau P. et Terrolle D., *Ethnologie des sans-logis – Etude d'une forme de domination sociale*. Paris, L'Harmattan, 2003.

Gauchet M., Swain G., *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris, Gallimard, 1981.

Gaulejac V., Taboada Léonetti I., *La lutte des places*, Paris, Epi, 1994.

Gilloots M., La demande de l'adolescent. *Rhizome*, 2000, N°2, p.5.

Girard V., *Visite à domicile chez les sans-domicile. Approche anthropologique et clinique du travail de rue à New Haven (Etats-Unis)* Thèse de doctorat en médecine, Marseille, 2003.

Girard V., Driffin K., Musso S., Naudin J., Rowe M., Davidson L., Lovell AM., La relation thérapeutique sans le savoir. Approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez-soi ayant une co-occurrence psychiatrique. *Evol. Psychiatr.* 2006 ; 71.

Girola C. M., Rencontrer des personnes sans abri – Une anthropologie réflexive, *Politix*, 1996, p.87 à 98.

Glaser B. et Strauss A., *The discovery of grounded theory*. Chicago, Aldine Publishing Compagny, 1967.

Godet P.F., Grosse-Buiffiere A., Gensollen C., Piegay C., Houver J., Hospitalisation à la demande d'un tiers : le tiers en question. *Nervure* n°5, tome XVII, juin 2004.

Goffman E., *Asiles*, Paris, Ed. de Minuit, 1968.

Goffman E., La folie dans la place. in *La mise en scène de la vie quotidienne – 2. les relations en public*. Paris, Ed. de Minuit, 1973.

Goffman E., *Stigmate*. Paris, Ed. de Minuit, 1975.

Gold R.I. Jeux de rôle sur le terrain. Observation et participation dans l'enquete sociologique. in Cefaï D., *Enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2003.

Graber J.L., Besoin – Demande – Désir. *Rhizome*, 2000, n°2, p. 2.

Guelfi J.-D., Boyer P., Consoli S., Olivier-Martin R., *Psychiatrie*. Paris, PUF, 1995.

Hacking I., *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?* Paris, La Découverte, 2001.

Hacking I., *Les fous voyageurs*. Paris, Le Seuil, 2002.

Henkes N., *Le nouveau monde de la psychiatrie française*. Thèse de Doctorat en Sociologie, EHESS, 2007.

Hirschman A., *Défection et prise de parole*. Paris, Fayard, 1995.

Hugues E.C., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

Jaeger M., *L'articulation du sanitaire et du social – Travail social et psychiatrie*. Paris, Dunod, 2000.

Jacqueline S., Le statut pragmatique des personnes en psychanalyse et en psychopharmacologie. In : Araque, W., Dodier, N. et Jacqueline, S., 2005, *La place faite au patient dans les services de psychiatrie. Statut public / Statut pragmatique*, Rapport pour le programme « Sciences biomédicales, santé, société » (CNRS / INSERM / MIRE, co-financement MGEN).

Jacqueline S., « Les politiques du patient en pratique. Psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital », *Politix*, 2006, v. 19, n°73, p. 83-108.

Join-Lambert M.-T., Une enquête d'exception. Sans-abri, sans-domicile : des interrogations renouvelées. *Economie et Statistique* n° 391-392, 2006.

Kelche M-L., *Le Réseau Parisien « Psychiatrie et Précarité » : socle partenarial entre les secteurs et les CHRS au service des malades mentaux*. Mémoire de l'ENSP, 2005.

Kerneis H., Danquigny C. et Digonnet M. E., *Prise en charge de patients psychotiques désocialisés : une prise en charge centrée sur l'hôpital*. Intervention dans le cadre des journées scientifiques de l'Hôpital Esquirol, 1998 et publié en [www.serpsy.org](http://www.serpsy.org)

Kovess V. et Mangin-Lazarus C., La santé mentale des sans abri à Paris : résultats d'une enquête épidémiologique. *La revue française de psychiatrie et psychologie médicale*, n° 9, juin 1997, p. 17-24.

Lazarus A., Généalogie de l'envie d'intervenir. *Rhizome* n°17, 2004, p.2-3.

Lenoir R., *Les exclus, un Français sur dix*. Paris, Seuil, 1974.

Louzoun C., « Quelle citoyenneté pour les malades mentaux ? » *Santé Mentale*, 26, 1998, p. 17-21.

Lovell A. M., Barrow S.M., Struening E.L., *Between Relevance and Rigor : Methodological Issues in Studying Mental Health and Homelessness*. in Jahiel R. (ed), *Homelessness : A prevention-oriented approach*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1992a.

Lovell A.M. Seizing de Moment : Power, Contingency and Temporality in Street Life. In : Rutz H.J. *The Politics of Time*, American Ethnological Society monograph series, n°4, 1992b.

Lovell A. *Sans domicile fixe dans l'espace public*. Contextes et catégories de l'expérience. Séminaire Accessibilité et situations d'urgence. Actes des journées des 17 avril et 22 mai 1992c.

Lovell A. Classification and its risks. How psychiatric status contributes to homelessness policy. *New England Journal of public policy*, spring/summer, 1992d, p. 247-263.

Lovell A. Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs » in I. Joseph et J. Proust (s. dir) *La folie dans la place*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996a, 16, p. 55-81 (« Raisons pratiques » 7)

Lovell A. M. Coercion and social control – a framework for reserch on aggressive strategies in community mental health. in Denis D., Monahan J. (eds) *Corecion and agressive treatment : a new frontier in mental health law*, New York, Plenum Press, 1996b.

Lovell A. Construire l'urgence psychiatrique dans la rue new-yorkaise. *Prévenir*, n°31, 2<sup>e</sup> semestre, 1996c.

Lovell A. The city is my mother narratives of schizophrenia and homelessness, *American Anthropologist*, vol. 99, n°2, june 1997, p. 355-368.

Lovell A. Les fictions de soi même ou les délires identificatoires dans la rue. in Ehremberg A. et Lovell A., *La maladie mentale en mutation*. Paris, Odile Jacob, 2001.

Maisondieu J., *La fabrique des exclus*. Montrouge, Bayard Culture, 1997.

Marpsat M. et Firdion J.-M., *La rue et le foyer - Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris, PUF, 2000.

Marques A., *La construction de la place de l'usager en santé mentale au sein d'un secteur de psychiatrie en France*, mémoire de DEA de Sociologie, EHESS, 2002.

Martin J.-P., *Psychiatrie dans la ville – Pratiques et clinique de terrain*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2000.

Mayer R., Saint-Jaques M.C., Turcotte D., Ouellet F., *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal, Gaëtan Morin, 2000.

Memmi D., L'affichage du corporel comme ruse du faible : les SDF parisien. *Cahiers internationaux de sociologie*, 2002/2, n° 113, p. 213 à 232.

Ménoret-Calles B., *L'accès aux soins des populations démunies*. Paris, L'Harmattan, 1997.

Minard M, Piel E. La prise en charge des exclus. In: Kovess V, Lopez A, Pénochet JC, Reynaud M. (eds). *Psychiatrie Années 2000 : Organisations, évaluations, accréditations*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1999.

Moreau D., *Faire interner un proche ? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques*. Paris, CNAF, dossiers d'études, n°94, juillet, 2007.

Morichau-Beauchant J., Le service de santé rural dans la République Populaire de Chine. *Revue Tiers Monde*, 1973, vol 14, n°53, p.169-172.

Nauleau G., Où vivre ? Espace de vie ; espace de rue. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, v.46, n°3, 2000, p. 13-17.

Nauleau G., Clinique de l'exclusion. In : De Rivoire (dir.) *Psychanalyse et malaise social : désir du lien ?* Ramonville Saint-Agne, Eres, 2001.

Nauleau G., L'ivresse de la rue. L'Harmattan, *Psychologie Clinique*, n°14, 2002.

Nicacio F., (dir.) *Desinstitutionalização*. Sao Paulo, Hucitec, 2001.

Noirot M.-N., Descarpentries F., Mercuel A., Refus d'assistance des sans-abri. Psychopathologie et éthique : liberté ou interventionnisme ? *Evolution Psychiatrique*, 2000 ; 65 :763-71.

Ogien, A., Toledo M., Le sens de l'hospitalisation. *Sciences sociales et santé*, v.IV, n°2, 1986, p.6-32

Ogien, A., L'ordre de la désignation – Les habitués dans les services hospitaliers. *Revue Française de sociologie*, XXVII-I, 1986, p.29-46.

Ogien A., *Le raisonnement psychiatrique – essai de sociologie analytique*. Paris, Meridiens Klincksieck, 1989.

Parizot I., *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris, PUF, 2003.

Paugam S., *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 1996.

Peneff J., *L'hôpital en Urgence*. Paris, Ed Métaillé, 1992.

Pichon P., *Opération « coup de pouce » - l'assistance aux sans domicile fixe dans le métro*. Paris, RATP, 1994.

Pichon P., Premiers travaux sociologiques et ethnographiques français à propos des sans domicile fixe. In Marpsat M. et Firdion J.-M. (éd) *La rue et le foyer - Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris, PUF, 2000.

Pignarre P., *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*. Paris, PUF, 1999a.

Pinelli A., *Liens familiaux des patients visités par l'équipe mobile du CAPSID*. [www.hopital-esquirol.fr/xon/references/2804.pdf](http://www.hopital-esquirol.fr/xon/references/2804.pdf) Journées scientifiques de l'Hôpital Esquirol, 2006.

Prolongeau H., *Sans domicile fixe*. Paris, Hachette, 1993.

Raboin R., Une nuit avec l'équipe mobile psychosociale. *Soins Psychiatrie*, n° 258, septembre/octobre, 2008.

Rauzy A., L'UMES (Unité Mobile d'Evaluation et de Soins) à Villejuif. *Pluriels*, mars 2006, n°56, p. 3-4.

Richet-Mastain L., *Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record*. Insee Première n°1118, jan 2007.

Ricossé J.-H., Husser J.-A., Bilan et avenir de la lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale francophone, *Cahiers d'études africaines*, 1982, vol 22, n°85-86, p. 145-168.

Rotelli F., De Leonardis O., Mauri D., A instituição inventada. in Nicacio F. *Desinstitucionalização*. Sao Paulo, Hucitec, 2001.

Rullac S., *Les bons samaritains : avec les équipes mobiles du samu social de Paris*. Paris, Editions du Labo EMC, 2003.

Rullac S. *Critique de l'urgence sociale - Et si les SDF n'étaient pas des exclus ?* Paris, Vuibert, 2006.

Rullac S. *Le débat juridique français concernant le vagabondage et la mendicité depuis 1992 – Ethnologie d'un compromis identitaire négocié entre assistance et punition*. Thèse de doctorat en Anthropologie, EHESS, 2007.



Rullac S., Travailleur social et ethnologue. Les enjeux méthodologiques d'un double terrain au samu social de Paris. *Forum*, n°118, décembre 2007b, p. 21 à 25.

Shern, D. L., Temberis S., A. Willian, Lovell A. M., Richmond L., Felton C. J. Winarski J., Cohen, M. Serving Street-Dwelling Individuals With Psychiatric disabilities : Outcomes of a Psychiatric Rehabilitation Clinical Trial. *American Journal of Public Health*, vol 90, n°12, 2000, p. 1873-1878.

Simmel G., *Les pauvres*. Paris, PUF, 2005.

Soulié C., Le dualisme du réseau d'hébergement pour personnes sans abri à Paris. In : Marpsat M. et Firdion J.-M. *La rue et le foyer - Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris, PUF, 2000.

Stanton A., Schwartz M.S., *The mental hospital*. New York, Basic Books Inc., 1954.

Strauss A., *La trame de la négociation – Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan, 1992.

Susser E., Lovell A., Conover S., Unravelling the causes of homelessness – and of its association with mental illness, In : Cooper B and Helgason T., *Epidemiology and the prevention of mental disorders*. Routledge, London and New York, 1989.

Tabary J.-J., Quels soins offrir à qui ne demande rien ? L'exemple du CPA de Bourg-en-Bresse. *Rhizome* n°3 déc 2000.

Thomas H., *La production des exclus. Politiques sociales et processus de désocialisation sociopolitique*. Paris, PUF, 1997.

Trémine T., Atmosphère en Psychiatrie. *Rhizome* n°3 déc 2000.

Velpry L., *L'expérience sociale de la maladie mentale. Etre un patient à long terme en psychiatrie de secteur*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 5 - René Descartes, 2006.

Velpry L., *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris, Armand Collin, 2008.

Verdès-Laroux J., *Le travail social*. Paris, Ed de Minuit, 1978.

Vexliard A., *Le Clochard*. Paris, Desclée de Brouwer, 1998. (première édition en 1957)

Vidon G., Pour des soins obligatoires en ambulatoire. *Nervure*, tome VIII, n°5, juin 1995, p. 65 – 68.

Young A., *The harmony of illusions. Inventing post -traumatic disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

Zelcevic-Duhamel A. *Non assistance à personne en péril*, 2005.

Zeneidi-Henry D., *Les SDF et la ville. Géographie du savoir-survivre*. Paris, Bréal, 2002.

### **Textes officiels**

#### **Rapports**

Chambaud L., *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*. Rapport n°RM 2007 –076P, IGAS, octobre 2007.

Desprès C., *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens*. IRDES, 2009.

HAS *Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*. Service des recommandations professionnelles, avril 2005.

IGA, IGG, IGPN. *Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement* N° 04-023-01, mai 2004.

IGAS. *Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ?* Rapport de la mission, mars 2005.

Lazarus A., Strohl H. et al., *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », Paris, DIV, DIRMI, 1995.

Minard M. et Piel E. et al. *Psychiatrie et grande exclusion*. Secrétariat de l'Etat à l'Action humanitaire d'urgence. Rapport, 1996.

Parquet J.-Ph., *Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique Versini, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2003.

Piel E., Roelandt J.-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Ministère de l'Emploi et de la solidarité. Minsitère délégré à la Santé. Raport de mission – juillet 2001.

### Circulaires

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais (DGAS/SDA n°2002-595)

Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. (n° DHOS/02/DGS/DGAS/1A/1B/521 - NOR :SANH0530523C)

## Document de travail

Hirsh E. *Charte éthique & maraude*, Espace Ethique, APHP, 2008.

Roelandt J.L., Daumerie N., Caria A. *Quels critères de bonnes pratiques pour des services de psychiatrie intégrées dans la cité ?* Document de travail CCOMS (Lille, France), Janvier 2007.



# **ANNEXES**



## **Annexe 1 : Glossaire**

AAH – Allocation pour Adulte Handicapé. Cette allocation correspond à un montant mensuel maximum de 628,10 euros (fixé au 1 janvier 2008).

AMP : La profession d'aide médico-psychologique (AMP) constitue une première qualification de la filière éducative. La formation a une durée de 12 à 24 mois. L'AMP travaille sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical. Son rôle se situe à la frontière de l'éducatif et du soin. Il prend soin des personnes par une aide de proximité permanente durant leur vie quotidienne, en les accompagnant tant dans les actes essentiels de ce quotidien que dans les activités de vie sociale et de loisirs. A travers l'accompagnement et l'aide concrète qu'il apporte, l'A.M.P. établit une relation attentive et sécurisante pour prévenir et rompre l'isolement des personnes et essayer d'appréhender leurs besoins et leurs attentes afin de leur apporter une réponse adaptée. L'aide médico-psychologique exerce une fonction d'accompagnement et d'aide dans la vie quotidienne. A ce titre, il intervient auprès de personnes en situation de handicap (que la déficience soit physique, sensorielle, mentale, cognitive, psychique, résulte d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant). Il peut également intervenir auprès de personnes dont la situation nécessite une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social.

APHP – Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

BAPSA – Brigade d'Aide pour les Personnes Sans Abri. Service de la Préfecture de Police, créé en 1955 pour ramasser les sans domicile dans les rues de Paris et les amener à la Maison de Nanterre, devenue CASH en 1989. Avec l'abrogation des délits de vagabondage et mendicité, le ramassage à force est devenu un recueil social de personnes volontaires. Les personnes y vont pour utiliser les différents services disponibles, tels qu'hébergement, hygiène, soins.



CASH de Nanterre : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (anciennement Maison de Nanterre, qui comportait un dépôt de mendicité). Actuellement, cet établissement public s'organise autour de deux types de structure : l'hôpital Max Forestier et les structures sociales, dont un LHSS, des CHRS, un CHU, une maison de retraite.

CATTP – Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel. Structure de soin psychiatrique. Les patients viennent par demi-journée pour des ateliers prescrits par les médecins et animés par différents soignants.

CHRS - Centre d'Hébergement et Réinsertion Sociale.

CHU - Centre d'Hébergement d'Urgence.

CHUSI – Centre d'Hébergement d'Urgence avec Soins Infirmiers (aussi appelé « lits infirmiers » et officialisé récemment sous l'appellation LHSS – Lits Halte Soins Santé)

CMP – Centre Médico-Psychologique. Lieu de consultation (dispensaire) d'un secteur psychiatrique.

COTOREP – Commission Technique d'Orientation et Reclassement Professionnel : Depuis le 1 janvier 2006, la COTOREP a été remplacée, par les CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) qui sont organisées par les MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

CPOA – Centre Psychiatrique d'Orientation et Accueil. Il accueille en consultation toute personne qui se présente (+ de 15 ans), quel que soit son domicile (ou sans domicile), sans ou avec papiers d'identité, 24h/24 et 7j/7.

DASS (ou DDASS) – Direction (Départementale) des Affaires Sanitaires et Sociales.

DPP – Direction de la Prévention et de la Protection. Dans cette étude, il s'agira non pas de la totalité de cette Direction, mais d'une section spécialisée dans l'approche des personnes sans

abris : l'unité d'Aide aux Sans Abri (ASA). Les différentes équipes de l'unité ASA vont dans les parcs et jardins, y compris les Bois de Vincennes et de Boulogne, dans les stades, dans les squats à la rencontre des personnes qui y vivent.

EMA – Equipe Mobile d'Aide du Samu social de Paris. Ces équipes, composées d'un infirmier, un travailleur social et un chauffeur, sillonnent les rues entre 20h30 et 5h pour rencontrer les personnes signalées au 115 ou les personnes non signalées mais qui se retrouvent à la rue.

EMPP – Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité

ESAT – Etablissement et Service d'Aide par le Travail, anciennement Centre d'Aide par le Travail (CAT), est un organisme médico-social chargé de la mise au travail, accompagnée d'un soutien médical et social, des personnes handicapées dans l'impossibilité de travailler dans un autre cadre.

ESI – Espace Solidarité et Insertion. Il s'agit de lieux qui accueillent en journée (parfois par demi-journées) les personnes sans domicile, sans rendez-vous, sans aucune condition préalable (accueil dit inconditionnel ou bas seuil). Plusieurs activités leur sont proposées (des jeux ou ateliers divers) ainsi que des installations pour prendre une douche, faire leur lessive ou autres activités d'hygiène. Certains ESI proposent également des permanences de médecin, infirmiers ou assistantes sociales.

HDT – hospitalisation à la demande d'un tiers : un des deux modes d'hospitalisation sous contrainte. Sur le plan administratif, la mise en place de cette mesure requiert deux certificats médicaux concordants datant de moins de quinze jours et la demande écrite d'un tiers (qui connaît la personne et qui agit dans son intérêt, à l'exception des soignants exerçant dans l'établissement d'accueil).

HL – hospitalisation libre : ce type d'hospitalisation fonctionne comme tout autre hospitalisation dans les autres spécialités médicales.

HO – hospitalisation d’office : l’autre modalité d’hospitalisation sous contrainte, prononcée par le préfet au vu d’un certificat médical concernant une personne qui, du fait de ses troubles psychiques, compromet l’ordre public ou la sûreté des personnes.

HSC – hospitalisation sans consentement (dans ce texte, hospitalisation sous contrainte)

IFSI – Institut de Formation en Soins Infirmiers

IPPP : Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris.

LHSS – Lits Halte Soins Santé : une structure qui accueille les personnes sans abri présentant des problèmes de santé légers : « des soins à domicile pour ceux qui n’ont pas de domicile ». Ce type de structure fonctionne 24h/24 et l’équipe de base est composée d’infirmiers, auxiliaire de vie, médecin, assistante sociale.

MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées

ORSPERE – Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l’exclusion

PRAPS – Programmes Régionaux d’Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes en situation de précarité.

RNSPP – Réseau National Souffrance Psychique et Précarité

SAU – Service d’Accueil et d’Urgence : implantés dans les hôpitaux généraux, ils permettent la prise en charge de toutes les urgences (somatiques et psychiatriques). La continuité des soins psychiatriques est assurée en liaison avec les secteurs publics de psychiatrie.

SROS – Schéma Régional d’Organisation Sanitaire

VSL – Véhicule Sanitaire Léger

**Annexe 2 :**

**Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.**



**CIRCULAIRE du 15 mars 1960**  
**relative au programme d'organisation et d'équipement**  
**des départements en matière de lutte contre les maladies mentales**

Au cours des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés, notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières. La modernisation des locaux des établissements existants (hôpitaux psychiatriques autonomes, hôpitaux psychiatriques départementaux, quartiers psychiatriques, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics) (1) a été commencée en même temps que la construction d'établissements neufs est progressivement réalisée. Enfin, la mise en place dans chaque département d'un réseau de dispensaires d'hygiène mentale, dont le rôle va en s'accroissant, s'est accélérée grâce à la réforme du financement de ces organismes effectuée par le décret du 20 mai 1955.

La conjugaison de ces éléments nouveaux a eu pour résultat :

- de modifier considérablement les caractéristiques présentées par la population admise à l'hôpital psychiatrique ainsi que par la population présente, comparativement à la période écoulée. Non seulement le malade entre à l'hôpital psychiatrique à la suite d'un dépistage effectué de plus en plus précocement au dispensaire, mais il sort dans un délai beaucoup plus rapide, grâce aux thérapeutiques modernes et à la surveillance de postcure organisée au dispensaire d'hygiène mentale. Par ailleurs, dans la plupart des établissements la sortie de sujets hospitalisés depuis de longues années a pu intervenir;
- de transformer corrélativement le rôle joué par l'établissement psychiatrique qui, de plus en plus, devient un hôpital spécialisé pour maladies mentales et non plus un " asile " où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société.

Dans ces conditions, l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.

Le moment paraît donc venu de faire le point de l'organisation à prévoir pour permettre de réaliser de nouveaux progrès dans la lutte contre les maladies mentales.

La présente circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de la lutte contre les maladies mentales.

Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure.

Il va sans dire qu'un tel objectif ne peut être atteint d'emblée ; les difficultés matérielles sont en effet nombreuses et ne pourront se résoudre que peu à peu ; mais chaque département doit prendre conscience très nettement de ce que toutes les réalisations partielles qui pourront être envisagées dans le domaine de la lutte contre les maladies mentales devront désormais s'intégrer dans le cadre du programme général qui sera établi selon les instructions de la présente circulaire. Seule la convergence des efforts dans un sens bien défini permettra de réaliser un jour, et partout, une organisation entièrement satisfaisante.

La détermination de ce programme suppose l'étude préalable d'un certain nombre d'éléments ; elle implique en outre un inventaire précis des ressources disponibles et des besoins à prévoir. Ces deux points seront examinés successivement dans les deux premiers chapitres ; un troisième chapitre donnera le schéma détaillé du dispositif à instituer. Enfin, dans un quatrième chapitre seront développées quelques considérations pratiques.

## **CHAPITRE I**

### **BASE DE L'ETUDE ET DOCUMENTS NECESSAIRES**

L'étude de l'organisation à prévoir doit s'effectuer sur la base des besoins et des ressources du département considéré et non sur la base de plusieurs départements ou d'une région.

Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. Il ne saurait être question, en conséquence, de calculer les besoins d'un département en tenant compte des malades que son hôpital psychiatrique hospitalise actuellement au titre d'autres départements. Par contre, comme il est précisé au chapitre III, à l'intérieur du département, le programme théorique tendra à déterminer plusieurs secteurs géographiques qui devront être dotés à plus ou moins longue échéance d'un équipement complet en organismes de prévention, d'hospitalisation et de postcure.

Pour établir le programme d'organisation, il convient de disposer d'un certain nombre d'éléments sur la situation démographique et économique du département ; ces éléments sont les suivants :

- Carte du département sur laquelle seront indiqués le ou les hôpitaux psychiatriques existants dans la ou les zones qu'ils ont à desservir ;
- Tableau sommaire précisant la répartition de la population du département par arrondissement et dans les principales agglomérations ;
- Tableau de la répartition par âge de la population du département ;
- Précisions sur les moyens de communication.

Les grandes voies du réseau routier et ferré seront soulignées sur la carte du département. Toutes indications utiles sur les moyens de communication existant devront être précisées dans une note annexe.

## CHAPITRE- II

### INVENTAIRE DES RESSOURCES DISPONIBLES ET DES BESOINS A PREVOIR

#### *Considérations générales.*

Dans la plupart des cas, le problème immédiat qui apparaît le plus préoccupant est l'encombrement du ou des hôpitaux psychiatriques existants.

*A priori*, ce problème paraît devoir être aggravé dans l'avenir par l'exécution de travaux de modernisation, à réaliser suivant les directives contenues dans la circulaire séparée concernant le plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. Ces travaux auront, en effet, pour résultat de réduire d'une façon sensible les possibilités d'encombrement des établissements au-delà de leur capacité réglementaire. Dans certains cas même, à plus ou moins longue échéance, ces réalisations sont susceptibles d'avoir pour résultat de réduire la capacité réglementaire d'hospitalisation.

C'est pourquoi la construction de lits nouveaux à l'hôpital psychiatrique existant paraît, à première vue, la seule solution permettant de régler les problèmes posés par l'encombrement actuel et à prévoir.

Il n'est pas question de rejeter totalement cette solution *à priori* et dans tous les cas ; mais on ne doit la retenir, dans les conditions précisées au chapitre IV, qu'après une étude approfondie de *tous les problèmes* posés par l'organisation de la lutte contre les maladies mentales dans le département.

A cet effet, il convient de déterminer avec une approximation suffisante les besoins actuels et à prévoir du département en matière d'hospitalisation des malades mentaux, en tenant compte sur ce point du dispositif qui doit être organisé pour réduire au minimum le nombre des hospitalisations effectuées et leur durée. Ce dispositif exposé ci-dessous a pour but d'intégrer l'établissement psychiatrique dans un ensemble extrahospitalier assurant le dépistage, les soins sans hospitalisation et la surveillance de postcure.

#### SECTION 1

##### Besoins actuels et à prévoir.

##### A. - HOSPITALISATION

Il y a lieu d'envisager successivement le problème des enfants et celui des adultes.

##### 1° Enfants.

Deux catégories d'enfants ont leur place à l'hôpital psychiatrique, en raison, soit du fait qu'il s'agit de sujets nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques, soit du fait qu'ils relèvent de techniques de rééducation analogues à celles qui sont requises pour le traitement des malades mentaux proprement dits.

- Enfants nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques :

Il est indispensable de créer des services de neuropsychiatrie infantile, où seront traités en service libre les enfants du département d'implantation atteints de troubles mentaux. Le nombre de sujets à prévoir en ce domaine est relativement réduit, et une bonne organisation de ce service doit permettre une rotation rapide. C'est dire que l'importance du nombre de lits à prévoir pour ce type de sujets est faible.

- Enfants relevant de techniques de rééducation :

L'hospitalisation des enfants arriérés profonds du département est du rôle de l'hôpital psychiatrique



chaque fois qu'une autre solution ne peut être retenue (établissement spécialisé public ou privé, hospice, etc.).

Les types de services d'enfants répondant à la définition de l'I.M.P. (enfants éducatibles et semi-éducatibles) doivent, par contre, de préférence, être créés à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. Cette solution est souhaitable tant pour le sujet lui-même que pour le fonctionnement de l'établissement psychiatrique.

Cependant dans l'immédiat, la suppression des I.M.P. existant dans le cadre des hôpitaux psychiatriques ne peut être envisagée en raison de l'insuffisance de l'équipement en la matière dans la plupart des départements, à moins que cette suppression ne soit compensée par la création de nouvelles possibilités d'hospitalisation pour les catégories d'enfants intéressées.

De toute manière, l'extension de ces I.M.P. ou la création de services de même nature rattachés à des établissements psychiatriques doit être évitée dans toute la mesure du possible. En tout état de cause, l'établissement psychiatrique ne doit desservir que les besoins propres au département dans lequel il est implanté.

## **2° Adultes.**

L'étude à effectuer doit tenir compte des éléments suivants :

### ***a) Origine démographique des malades.***

Il convient tout d'abord d'étudier l'origine démographique de la population traitée à l'hôpital psychiatrique considéré. Cette étude permettra, dans un certain nombre de cas, de voir que, dans un avenir plus ou moins rapproché, l'effectif de la population hospitalière sera sensiblement réduit.

En effet, l'encombrement de certains établissements tient :

- soit au fait que le ou les départements voisins ont été jusqu'à présent insuffisamment équipés ou même dépourvus de formation spécialisée : c'est le cas de l'hôpital psychiatrique qui est appelé à desservir en totalité ou en partie plusieurs départements, en vertu d'une convention précédemment passée à cet effet, ou d'un accord tacite ;

- soit au fait que l'établissement a été appelé précédemment à recevoir par transfert collectif des malades originaires d'autres départements. Un certain nombre de ces malades y restent encore en traitement actuellement, mais il n'est plus prononcé de nouvelles admissions au titre de ces départements.

L'étude entreprise devra faire abstraction de ces malades " étrangers " au département. Il faut rappeler, en effet, que la loi du 30 juin 1838 a fait obligation à chaque département d'assurer l'hospitalisation de ses ressortissants et qu'une collectivité départementale n'a pas à prendre en charge les dépenses entraînées par les travaux d'équipement rendus nécessaires par la présence à l'établissement de malades relevant d'une autre collectivité.

D'ailleurs, dans bien des cas, la mise en service d'hôpitaux psychiatriques en construction ou en cours d'étude permettra d'apporter, dans un délai plus ou moins rapide, la solution à l'encombrement actuel ou à prévoir dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques existants.

### ***b) Amélioration du " rendement " de l'établissement.***

Dans l'étude des besoins tels qu'ils se manifestent actuellement, il conviendra de ne pas perdre de vue que l'aménagement de l'équipement des hôpitaux psychiatriques et le développement des moyens thérapeutiques a pour conséquence, chaque fois que les efforts entrepris en ce sens ont pu être suffisamment poussés, une réduction des durées de séjour et une diminution de la " sédimentation hospitalière ".

C'est ainsi que, ces dernières années, l'augmentation de la population hospitalisée, que l'on constatait depuis la fin de la dernière guerre, a pu être, dans un certain nombre de cas, freinée d'une façon très nette -, il a même été possible d'obtenir une réduction légère de l'effectif des malades présents, malgré l'augmentation considérable du nombre des admissions enregistrées au cours de ces dernières années.

C'est ainsi, pour prendre un exemple, que pour tel hôpital psychiatrique, le tableau comparatif suivant peut être dressé :

	1938	1958
Population présente	728	699
Entrées et réintégrations	141	781
Sorties définitives	88	715

Dans cet exemple, qui est loin d'être unique, on peut donc relever une réduction légère de la population traitée, alors que le nombre des entrées s'est accru de 450 p. 100 pendant la période considérée pendant que le nombre des sorties était augmenté de plus de 700 p. 100.

### *c) Vieillards.*

Dans la détermination des besoins à satisfaire pour les adultes, une place particulière devra être faite au problème des personnes âgées.

En principe, la place des personnes âgées est à leur foyer et éventuellement, dans les maisons de retraite.

Ce n'est qu'exceptionnellement, lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique. Dans la plupart des cas, une hospitalisation effectuée dans des conditions satisfaisantes, mettant en œuvre les techniques nécessaires, qui réclament d'ailleurs un personnel relativement important, devrait permettre de rendre la personne âgée à son foyer dans un délai relativement rapide.

En tout état de cause, l'insuffisance de l'équipement du département desservi en matière de maisons de retraite ne peut être la justification de besoins élevés en ce domaine à l'hôpital psychiatrique.

Je vous rappelle, par ailleurs, que, ainsi que je l'ai indiqué par circulaire du 24 mars 1956 concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire, il n'est pas question de créer des " hospices " psychiatriques pour malades chroniques.

### **3° Éléments chiffrés.**

La norme arrêtée par les experts de l'O.M.S. concernant le chiffre optimum de capacité d'hospitalisation s'établit, pour les pays d'Europe occidentale, à 3 lits pour 1 000 habitants. Ce pourcentage englobe à la fois les besoins concernant les adultes et les enfants relevant de la neuropsychiatrie infantile.

L'équipement français s'élève, compte tenu des travaux en cours, à 2,1 lits pour 1000 habitants sur la base d'une population de 45 millions d'habitants. Or, dans un certain nombre de pays voisins du nôtre, l'équipement disponible dépasse largement la norme visée par l'O.M.S.

Cet élément doit donc entrer en ligne de compte pour la détermination de l'équipement optimum dont le département doit être doté.

## **B. - PRÉVENTION, TRAITEMENTS AMBULATOIRES ET POSTCURES**

Les besoins réels en lits d'hospitalisation doivent être corrigés compte tenu des organismes extrahospitaliers existants ou à créer grâce auxquels on peut soit éviter l'hospitalisation, soit la réduire au minimum.

Parmi ces moyens, il faut citer :

- le dispensaire d'hygiène mentale
- l'hôpital de jour;
- le foyer de postcure,
- les ateliers protégés.

### **1° Le dispensaire d'hygiène mentale.**

Le schéma théorique suivant peut être fourni pour un département d'importance démographique moyenne:

Il est nécessaire de prévoir au chef-lieu un centre d'hygiène mentale doté de locaux propres ; il peut être installé soit dans des locaux indépendants, soit, ce qui paraît préférable, dans un dispensaire polyvalent. Ce centre doit fonctionner au minimum quatre fois par semaine. Dans bien des départements le dispensaire, situé à l'intersection de deux secteurs, confié à deux équipes médico-sociales distinctes, devra être conçu de telle façon que ces deux équipes puissent y exercer en même temps.

Dans toutes les villes de plus de 20 000 habitants, un dispensaire doté de locaux individuels dans un dispensaire polyvalent est également à prévoir. Suivant l'importance de la zone desservie, le travail en deux équipes doit, le cas échéant, être prévu.

Dans les départements à densité démographique peu importante, certaines agglomérations de plus de 10 000 habitants et même certains gros bourgs représentant des pôles attractifs pour la population environnante doivent être dotés d'un dispensaire d'hygiène mentale ou d'une section spécialisée dans un dispensaire polyvalent.

Enfin, des consultations doivent pouvoir être assurées dans certaines communes suivant une fréquence variable.

### **2° Hôpital de jour.**

Des établissements de ce genre existent depuis longtemps dans certains pays étrangers (Angleterre, Hollande, États-Unis).

Deux sont en cours de création dans la région parisienne.

L'hôpital de jour est un organisme de traitement, où les malades sont traités dans la journée, pour regagner leur foyer chaque soir.

Il est possible de mettre en œuvre dans les établissements de ce genre la plupart des thérapeutiques modernes, à l'exception de celles (insulinothérapie par exemple) qui nécessitent une hospitalisation complète des sujets.

La création et le fonctionnement d'un hôpital de jour sont relativement peu onéreux puisque les dépenses purement hôtelières sont réduites, en principe, au seul repas de midi et que la permanence du personnel soignant n'est pas à prévoir de jour et de nuit.

Ce type de formation est appelé, tout au moins dans les grosses agglomérations, à rendre des services extrêmement importants. Permettant la mise en œuvre de la psychothérapie, de la chimiothérapie, etc., le traitement en " hôpital de jour ", chaque fois qu'il est possible, évite la coupure entre le malade et sa famille et, partant, la désadaptation sociale du sujet.

La création d'établissements de ce type doit donc être envisagée dans toutes les zones à densité

démographique importante. Le fonctionnement financier de ces établissements est à prévoir sur la base d'un prix de journée, comme dans un établissement d'hospitalisation.

### **3° Foyers de postcure.**

Dans trop de cas, la sortie de certains malades se heurte à des difficultés d'ordre médico-social : parfois, le malade est dépourvu de famille, parfois, le retour du sujet dans un foyer dès sa sortie présente de sérieux inconvénients. Un milieu de transition est alors nécessaire pour assurer la réadaptation du malade dans les meilleures conditions possibles.

C'est à cette nécessité que répond le foyer de postcure.

Conçu sous une forme familiale (20 à 30 lits en moyenne), les malades y trouvent la solution aux problèmes de la vie courante (logement et repas). Ils peuvent, pendant leur séjour au foyer, reprendre contact avec leur métier, mais une surveillance médico-sociale est exercée pendant cette période de transition sur leur état de santé.

### **4° Ateliers protégés.**

Il s'agit d'ateliers où les malades, tout en gagnant leur vie, restent sous surveillance médico-sociale. Ce type d'ateliers peut être créé notamment dans le cadre de l'hôpital de jour ou du foyer de postcure.

Hôpitaux de jour, foyers de postcure, ateliers protégés sont des réalisations qui tenteront surtout les organisations privées désintéressées agissant, en liaison avec les médecins des hôpitaux psychiatriques, dans le domaine de l'hygiène mentale. Mais rien n'empêche les collectivités publiques intéressées d'en poursuivre elles-mêmes la réalisation.

La mise en place de ces organismes, qui permet de réduire dans une certaine mesure l'importance des besoins en matière d'équipement hospitalier, est peu onéreuse et peut donc, en règle générale, être effectuée relativement facilement.

Le programme d'organisation à établir doit donc insister tout particulièrement sur le dispositif extrahospitalier à mettre en place en ce domaine.

## **CHAPITRE III**

### **ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA MALADIES MENTALES**

Les besoins du département en lits et en organismes de prévention, de traitement et de postcure étant ainsi déterminés, il convient d'étudier l'organisation à prévoir pour cet ensemble.

Ce problème consiste à examiner la place que doit prendre l'établissement psychiatrique existant dans l'organisation départementale de la lutte contre les maladies mentales et à déterminer les répercussions éventuelles que les mesures adoptées entraîneront, tant sur le fonctionnement de l'établissement que sur l'équipement du département en matière de lits pour malades mentaux.

Les buts à atteindre sont les suivants :

**1°** Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récives. Cette conception entraîne la nécessité de confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et en pré- et postcure. Il est, en effet, indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire, au foyer de postcure, le médecin qui l'a traité à l'hôpital psychiatrique. C'est la condition même pour qu'il accepte cette postcure. Par ailleurs, nul plus que le médecin de l'hôpital psychiatrique n'est intéressé au but poursuivi qui est d'éviter des

hospitalisations inutiles ;

2° Éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel. Il est donc nécessaire que les établissements, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique, de l'hôpital de jour ou du foyer de postcure, soient facilement accessibles pour la population qu'ils desservent.

### **1. - Organisation générale.**

Pour atteindre ces buts, l'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée Secteur. Dans bien des cas, le secteur desservi par l'établissement psychiatrique sera le département d'implantation. Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, que l'on peut appeler " sous-secteur " et qui doit, par ailleurs, être dotée des organismes de traitement, de prévention et de postcure nécessaires. A titre indicatif, un service de deux cents lits, recevant des malades des deux sexes, comportant son service libre, peut prendre en charge, sur la base de trois lits pour 1 000 habitants fixée par l'Organisation mondiale de la santé, un sous-secteur de 67 000 habitants environ. En fait, les premières années, les populations desservies devront être bien supérieures en nombre, compte tenu du nombre de lits disponibles et de l'insuffisance du nombre de médecins spécialisés.

La notion d'établissement ou de service pour un seul sexe ne peut être maintenue dans ce cadre. Les médecins-chefs devront se voir confier un service leur permettant de recevoir les malades des deux sexes qu'ils auront dépistés au dispensaire et qu'ils auront à suivre en postcure dans les divers organismes créés (foyers de postcure, etc.).

Une telle organisation ne soulève aucun problème de principe. Seules des contingences locales peuvent s'opposer à cette modification ou la retarder. Cette question ne devra pas être perdue de vue, de façon à ce que, chaque fois que cela s'avérera possible et, notamment, à l'occasion d'une redistribution des services, rendue nécessaire pour l'arrivée d'un nouveau médecin-chef, elle trouve une solution conforme aux présentes instructions.

Dans le cas où, dans l'immédiat, celle solution ne peut être retenue, une liaison étroite devra être assurée entre les deux médecins-chefs qui seront appelés à effectuer des consultations dans le même sous-secteur.

Dans cette organisation, le médecin du service d'hospitalisation qui assure les consultations d'hygiène mentale et prend en charge des organismes extrahospitaliers visés au chapitre II, travaille également en équipe avec le personnel propre au service (assistantes sociales, psychologues, secrétaires, etc.). La caractéristique de la politique de secteur est que chaque membre de l'équipe extra ou intra-hospitalière a des contacts quasi journaliers avec tous les autres.

Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée ; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi qu'il offre.

### **II. - Cas particuliers.**

Dans certains cas, il a été créé dans le département un poste de psychiatre départemental, chargé des dispensaires d'hygiène mentale. Parfois également un service de neuropsychiatrie fonctionne dans un centre hospitalier. Enfin, dans certains départements, il a été fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer certaines consultations d'hygiène mentale.

Il convient d'intégrer ces activités dans l'organisation de secteur qui doit être mise en place, compte tenu des remarques ci après :

### ***a) Psychiatre départemental.***

Dans la plupart des cas, ces postes ont été créés dans des départements dépourvus d'hôpitaux psychiatriques et pour pallier provisoirement, dans une certaine mesure, cette absence d'équipement spécialisé.

Lors de la création de l'établissement il convient d'examiner si le maintien du poste est nécessaire, compte tenu du nombre de médecins affectés à l'hôpital psychiatrique.

Dans le cas d'un département d'importance démographique moyenne, qui sera doté d'un équipement satisfaisant en lits pour malades mentaux et en personnel médical, le maintien du poste en tant que psychiatre départemental ne sera pas envisagé, les praticiens attachés à l'établissement pouvant assurer, dans le cadre défini ci-dessus, le fonctionnement des consultations d'hygiène mentale.

Dans le cas de départements importants par leur densité démographique ou lorsque la création du poste de psychiatre départemental sera intervenue ou est envisagée pour pallier certaines contingences locales, deux cas seront à distinguer.

La création du poste a été rendue nécessaire par le besoin d'intensifier les consultations pour adultes.

*Premier cas.* - Il est indispensable que l'activité du titulaire du poste s'intègre dans l'organisation de " secteur " précédemment définie. Il doit donc d'abord être chargé d'un service d'adultes à l'hôpital psychiatrique et assurer les consultations du secteur correspondant à l'importance de son service.

Il sera chargé, en plus, de certaines tâches extra-hospitalières dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales sur le plan départemental (consultations antialcooliques, consultations d'hygiène mentale proprement dites, etc.). Ces tâches devront s'intégrer dans la politique générale du secteur. Compte tenu de ce surcroît d'attributions, le service dont il sera chargé dans le cadre de l'hôpital psychiatrique et dans son prolongement extrahospitalier pourra être réduit par rapport à celui confié à ses collègues de l'établissement

*Deuxième cas.* - Le psychiatre départemental est essentiellement chargé de consultations pour enfants: L'intéressé doit alors, parallèlement, être chargé d'un ou plusieurs établissements pour enfants inadaptés du département et notamment du ou des services d'enfants entrant dans les catégories visées au chapitre II, existant éventuellement à l'hôpital psychiatrique.

Son activité en consultations d'hygiène mentale pour adultes, dans le cas où elle resterait nécessaire, devra s'intégrer dans le travail confié à un des médecins chefs de l'hôpital psychiatrique.

### ***b) Service de neuropsychiatrie.***

Bien entendu, les services de cliniques des villes de faculté, qui doivent assumer un rôle très particulier, ne sont pas visés par les directives qui suivent.

Il convient d'examiner dans chaque cas la possibilité d'harmoniser l'activité du service de neuropsychiatrie avec l'activité de secteur organisée à partir des services de l'hôpital psychiatrique.

Certes, le service hospitalier de neuropsychiatrie ne pourra pas, dans certains cas, assurer le traitement de tous les malades mentaux d'un secteur déterminé. E convient donc d'étudier une formule souple qui permette, en confiant à ce service des fonctions particulières pour le traitement hospitalier de certains malades dans un secteur donné, de faire participer le chef de ce service aux tâches extra-hospitalières de ce même secteur en étroite liaison avec le médecin de l'hôpital psychiatrique qui recevra des malades de même origine démographique qui ne pourraient être traités, en raison de l'importance de leurs troubles, dans le service de neuropsychiatrie. Cette conception s'oppose donc d'une façon absolue au fonctionnement du service de neuropsychiatrie en service de tirage.

Dans tous les cas où il existe, dans le département, un service hospitalier de neuropsychiatrie et un hôpital psychiatrique, le directeur départemental de la santé devra se pencher tout particulièrement sur le problème de la coordination entre ces deux services, dans l'esprit des indications qui précèdent.

### ***c) Médecins de clientèle privée.***

Compte tenu de l'insuffisance numérique du personnel médical de l'hôpital psychiatrique du département, susceptible d'effectuer des consultations d'hygiène mentale, il a été parfois fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer des dispensaires.

Cette activité doit, de la même façon, être intégrée dans le travail confié aux équipes desservant chaque secteur du département.

## **CHAPITRE IV**

### **SOLUTIONS PRATIQUES ET MODALITÉS D'ÉTABLISSEMENT DU PROGRAMME**

#### **1. - Solutions pratiques.**

L'étude effectuée pour déterminer, dans le cadre de l'organisation du secteur à prévoir, l'équipement optimum en lits et en organismes divers de prévention, de traitement et de postcure fera apparaître la nécessité de la création de nouveaux dispensaires, de foyers de postcure, d'hôpitaux de jour, et permettra par ailleurs de déterminer le nombre de lits d'hospitalisation dont le département doit disposer.

#### ***a) Organismes extrahospitaliers.***

Aucun département ne peut se considérer comme étant dans une situation satisfaisante à cet égard ; partout ces organismes doivent être développés, ou même créés de toutes pièces.

Même dans les départements où le problème de l'hospitalisation des malades semble devoir être prochainement résolu (par exemple par la construction d'un hôpital psychiatrique neuf, ou par le rapatriement devenu possible des malades étrangers au département hospitalisés jusqu'alors à l'hôpital psychiatrique) le problème de la mise en place d'un dispositif extrahospitalier satisfaisant reste encore entier.

Ce n'est qu'au prix de la création de ce dispositif que l'hôpital psychiatrique pourra éviter un encombrement progressif. Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation, et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore. L'absence du dispositif extrahospitalier nécessaire, soit en interdisant, soit même simplement en retardant la sortie de ces malades, entraînerait inéluctablement à plus ou moins brève échéance une surpopulation de l'hôpital psychiatrique, annihilant ainsi les efforts faits par la collectivité.

J'insiste sur le fait que la mise en place des organismes extrahospitaliers ci-dessus énumérés, en liaison avec les services d'hospitalisation, est un élément très important de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ; tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent être qu'incomplets.

#### ***b) Équipements en lits.***

Il est bien évident que, sur le plan général, malgré la mise en place des organismes de pré- et postcure et l'accélération du " rendement " des hôpitaux psychiatriques, le nombre de lits dont notre pays dispose pour l'hospitalisation des malades mentaux est très insuffisant. Dans bien des départements, le

hiatus restera marqué entre la population hospitalisée à prévoir et le nombre de lits modernisés dont l'hôpital psychiatrique disposera.

En règle générale, la meilleure solution consistera à construire ces lits nouveaux non par extension de l'établissement existant, mais par création d'une nouvelle formation spécialisée à un autre pôle démographique du département, soit sous la forme d'un hôpital psychiatrique départemental, voire privé, faisant fonction de public, si le nombre de lits nécessaire est égal ou supérieur à 300, soit sous la forme d'un quartier psychiatrique rattaché à un hôpital général si ce nombre est inférieur à 300, et dans la mesure où la structure de l'hôpital s'y prête. Cette dernière formule présente à la fois l'intérêt d'être relativement économique en ce qui concerne la construction et de faciliter le " quadrillage " souhaitable à l'organisation de la politique de secteur.

Lorsqu'on s'orientera vers la création d'un quartier psychiatrique ne comportant qu'un nombre de lits restreint, il ne faudra pas perdre de vue que cet organisme devra être mis en mesure de traiter la totalité des malades mentaux du secteur qu'il desservira et non pas seulement une certaine catégorie d'entre eux ; autrement dit, la formule des services d' " aigus " rattachés à un hôpital général déversant leurs " chroniques " sur l'hôpital psychiatrique départemental est à proscrire.

Ce n'est qu'après l'étude de cette organisation future des soins aux malades mentaux dans le cadre du département que l'on pourra déterminer la capacité réglementaire vers laquelle tendra l'hôpital psychiatrique existant à travers la réalisation de son plan directeur de modernisation.

Dans certains cas, la construction de nouveaux pavillons à l'hôpital psychiatrique existant sera envisagée pour assurer le " volant " nécessaire à la modernisation des pavillons anciens. Ces réalisations ne pourront être envisagées qu'avec prudence, et seulement dans la mesure où elles ne risquent pas de gêner la réorganisation de l'équipement psychiatrique du département.

## **II. - Modalités d'établissement du programme.**

Le programme d'équipement et d'organisation du département, fixant les buts à atteindre pour doter le département d'un dispositif extra et intra-hospitalier suffisant sera établi, suivant le cas, dans les conditions suivantes :

### ***a) Département pourvu d'un ou plusieurs hôpitaux psychiatriques.***

Ce programme sera proposé par les médecins chefs de service. Il sera établi par le directeur départemental de la santé, assurant la coordination entre les différents points de vue exprimés.

### ***b) Département dépourvu de tout équipement psychiatrique et doté d'un psychiatre départemental.***

Le programme sera proposé par le psychiatre départemental. Il sera établi par le directeur départemental de la santé.

### ***c) Département dépourvu d'hôpital psychiatrique et ne comportant pas un poste de psychiatre départemental.***

Le programme sera établi par le directeur départemental de la santé.

Dans les trois cas visés ci-dessus, le programme devra, bien entendu, être arrêté par le préfet et adopté



par le conseil général.

Aux termes de cette procédure, il me sera soumis pour approbation par les soins de l'autorité préfectorale, accompagné des renseignements visés au chapitre III.

Mes services sont à votre disposition, dans le cas où des problèmes particuliers seraient à régler, pour vous donner tous les conseils qui vous seraient utiles pour l'établissement de ce programme, préalablement à sa présentation devant le conseil général.

Au moment où l'importance prise par les maladies mentales parmi les fléaux sociaux apparaît chaque jour plus préoccupante, j'appelle tout particulièrement votre attention sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'étude qui est demandée soit effectuée dans le plus court délai possible.

(1) Ces différentes catégories administratives d'établissements ne seront pas distinguées dans le cadre de la présente circulaire ; les termes - hôpital psychiatrique " ou " établissement psychiatrique " seront employés pour désigner indifféremment l'un ou l'autre de ces établissements, qui, du point de vue technique, sont exactement comparables.

### **Annexe 3 :**

#### **Projet de note sur les principes à appliquer pour la sectorisation des patients en Ile-de-France**



**Annexe 4 :**

**Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.**



## **Annexe 5 :**

### **Fiche d'intervention de l'EMPP**



## **FICHE D'INTERVENTION de l'EMPP**

Date : \_\_\_\_\_

Intervenant : \_\_\_\_\_

Lieu de vie : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom

Age : \_\_\_\_\_

Sexe : F M ?

Nationalité : .....  
?

Protection sociale : rien SS CMU CMUC AME mutuelle ?

Sectorisé : O N ?

Ressource : O N ?

Problèmes somatiques : O N ?

Lieu de l'intervention : LHSS1 LHSS2 LHSS3 LHSS4 LHSS5  
CHU1 CHU2 Autre Bureau Rue

Qui demande : Patient SSP : \_\_\_\_\_  
RSP Autre : \_\_\_\_\_

Temps d'intervention : \_\_\_\_\_ Temps d'errance : \_\_\_\_\_

Nature de l'intervention : évaluation orientation :  
suivi/soutien liaison accompagnement :  
soutien équipes NT : autre :